

出田眼科病院宛 診療情報提供書 兼 紹介状	
月～金	FAX : 096-273-6204 TEL : 096-273-6203 (地域連携医療相談室)
土日祝	FAX : 096-311-5512 TEL : 096-325-5222 (代表) ※音声案内後通話可能です。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご施設名	
お名前	
ご連絡先	

ご紹介患者様

お名前・性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
出田眼科受診歴	なし ・ あり
病名 (主訴)	
紹介目的 治療経過 処方など	