

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（地域連携患者サポート室）

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	