

## 受診申込用紙（診療情報提供書）

令和      年      月      日

|              |  |       |  |
|--------------|--|-------|--|
| 紹介元<br>医療機関名 |  |       |  |
| 診療科          |  | 担当医   |  |
| 所在地          |  |       |  |
| 電話番号         |  | FAX番号 |  |

### ご紹介患者情報

|              |     |      |                               |
|--------------|-----|------|-------------------------------|
| ふりがな<br>氏名   | 男・女 | 生年月日 | 平成<br>令和      年      月      日 |
| 住所           |     |      |                               |
| 電話番号         | 自宅  | 携帯   |                               |
| 既往歴          |     |      |                               |
| 診断名<br>(症状名) |     |      |                               |
| 紹介目的         |     |      |                               |

\*必要事項をご記入の上、下記のファックス番号にお送り下さい。

\*折り返し当院より受診予約のご連絡申し上げます。

社会福祉法人 甲山福祉センター 西宮すなご医療福祉センター

〒663-8131 西宮市武庫川町2番9号

電話番号：0798-47-4303      FAX番号：0798-49-8228（外来直通）