

FAX 0463-81-1785

診療情報提供書

国立病院機構 神奈川病院

科

医師 殿

年 月 日

ふりがな 患者氏名	様	(男・女)	紹介 医療機関名
生年月日	明・大・昭 平・()・西暦	年 月 日	住 所
受診希望日	依頼日より	日以内	電話番号 FAX番号 医師氏名
当院の受診歴 (有・無・不明)			
* 有の場合 年 月(頃)			
紹介目的			
備考			

※16時以降、土曜日、日曜日、年末年始、祝日のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします

診療申込手順

1. この紹介票をFAXで送信して下さい(電話でも結構です)
2. 当院で予約日を調整し、予約日時の連絡をいたします(予約票をFAXいたします)
3. 患者様が来院されます時は、紹介状(診療情報提供書)、フィルム等(X線・CT・MR・内視鏡・心電図・検査記録等)資料、予約票、健康保険証を医事初診受付窓口へご持参下さい

国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室

受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)

住 所 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1

電話番号 0463-81-1784 FAX番号 0463-81-1785