東部病院専用紹介状［診療情報提供書］

平成　　年　　月　　日

済生会横浜市東部病院
〒230-8765　横浜市鶴見区下末吉 3-6-1
TEL：045-576-3546　（地域医療連携室直通）

紹介元医療機関
の名称・所在地

口腔外科　　先生

医師名　　㊞

ＴＥＬ（　　－　　－　　）
ＦＡＸ（　　－　　－　　）

フリガナ 患者氏名	様（男・女）	Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生（　　歳）
患者住所	〒　　－ ＴＥＬ（　　－　　－　　）	
紹介目的		
病名・症状 （主訴）		
経過		
現在の処方・その他	薬剤アレルギー（無・有　　）	

社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市東部病院

（14.2）