

診療情報提供書

年 月 日

医療法人 西宮敬愛会病院
低侵襲治療部門 COKU

FAX:0798-64-1059

紹介先医療機関 医療法人 敬愛会 西宮敬愛会病院 低侵襲治療部門 COKU 兵庫県西宮市深津町7-5 TEL(代) : 0798-64-0059 FAX(代) : 0798-64-1059		紹介元医療機関 ※印鑑でも差し支えございません 名称 : TEL : FAX :	
フリガナ			年 月 日生 (才)
患者氏名		男	
		女	
患者様連絡先(電話番号)			
病名	☐ 鼠径ヘルニア(右・左・両側) ☐ 胆嚢疾患 ☐ 腹壁ヘルニア ☐ 虫垂炎 ☐ その他 ()		
紹介目的	☐ 手術希望 ☐ 診察希望 ☐ その他 ()		
【既往症・手術歴】			
【その他特記事項】			
○ 予約方法は「当院を受診される患者様へ」に記載しております。 患者様ご自身もしくは貴院からのどちらからでもご予約いただけます。 ○ 「診療情報提供書」につきましては、患者様にご持参いただくか、 FAX (0798-64-1059) でお送りください。 ○ 受診の際には、保険証/お薬手帳の持参をお伝えください。			