

# 患者紹介状〔診療情報提供書〕

作成日： 年 月 日

紹介先医療機関名 横浜市立市民病院

紹介元医療機関名

科 医師

所在地

受診予定日 月 日

電話番号 - -

ふりがな

FAX - -

患者氏名 様 性別

医師名 先生

患者生年月日 歳) 年 月 日生

患者住所

患者電話番号 - -

紹介目的

主訴または病名、症状

既往歴及び家族歴

現病歴・検査所見・治療経過・現在の処方・備考

**外来受診のご案内** (患者さんにご案内下さい。)

【診療受付日時】

月曜日から金曜日 (なお、休診日は土曜日及び日曜日、国民の祝日、年末年始(12月29日から1月3日)です。)

・新患の方 午前8:00~11:00(診療開始8:45)

・再診の方 午前7:30~11:00(診療開始8:45)、午後 専門外来(予約制)

横浜市立市民病院

電話番号:045-316-4580(代表)