

# 紹介状・診療情報提供書

年 月 日

済生会神奈川県病院 宛  
FAX 045-432-1118

医療機関の名称

および所在地

電話番号

ご担当医氏名 \_\_\_\_\_

禁煙外来申込用

患者氏名 カガナ \_\_\_\_\_ ( 男性 ・ 女性 )

生年月日 西暦 明 大 昭 平 年 月 日 ( 才 )

患者連絡先 (電話番号) \_\_\_\_\_

予約日時

月 日 ( )

14:00~14:30

15:00~15:30

神奈川県病院 受診歴

無

有

不明

既往歴

治療中疾患

現在内服薬

ご要望など

\*事前にこちらの書類をFax送信して頂き、原本はご来院時 当院1階 総合受付にお持ちください。