

# 診療情報提供書

(医療機関名)

**横浜新都市脳神経外科病院**

受診予定日

月

日

( ) 午前  
午後

(診療科) で囲んで下さい

脳神経外科

整形外科

内科

リハビリテーション科

( )科

(紹介元)

〒

住所

電話

fax

医師 宛

医師名

先生

患者氏名	様
生年月日	M S T H      年      月      日      歳      男      女

紹介目的	
傷病名	
症状経過 及び検査 結果	
処方	
持参データ	CT    XP    MRI    MRA    心電図    血液データ    その他( )

Fax 045 - 911 - 4039

[shintoshi-renkei@r6.dion.ne.jp](mailto:shintoshi-renkei@r6.dion.ne.jp)

プリントアウトしてfaxしていただくか、上記アドレスに添付して送信してください。  
従来通り、貴院備え付けの用紙でもかまいません。