

公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							

保険者番号						
被保険者の記号番号						
被保険者との続柄 (本人・家族)	継続の (有・無)					

平成 年 月 日

紹介先医療機関名
 横浜市旭区矢指町1197-1
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

紹介元医療機関
 の名称・所在地

科 先生

医師名

受診予定日 月 日 時 頃

電話番号 (- -)

FAX番号 (- -)

フリガナ

患者氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 (歳)

住 所 電話番号 - -

西部病院への受診歴 (有・無・不詳) ID番号 ※紹介状は、本人が持参します。

患者紹介状 [FAX専用]

※この1枚目はFAX送信専用用紙です。

診療受付時間	平 日	土 曜 日
初 診 患 者	午前8時30分～午前11時	午前8時30分～午前11時
再 診 患 者	午前8時30分～午前11時	午前8時30分～午前11時

休 診 日

日曜日、祝日、第1・第3土曜日、開学記念日(10月第2土曜日)、年末年始(12月29日～1月3日)

総合相談部 地域医療連携係

病院正面玄関入口 すぐ左側

業務時間

平 日	8時30分～17時00分
土曜日	8時30分～13時00分

・聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
 総合相談部 地域医療連携係

FAX 045-366-6410 (24時間受付)

TEL 045-366-8447 (直通)

045-366-1111 (代表) 内線2171・2172

診療情報提供書 [患者紹介状]

紹介先医療機関名 横浜市旭区矢指町1197-1 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	平成 年 月 日	紹介元医療機関 の名称・所在地
科 先生		医 師 名
受診予定日 月 日 時 頃		電話番号 (-) FAX番号 (-)
フリガナ 患者氏名 様 男・女	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)	
住 所	電話番号 - -	

紹介目的	入院・転医・精 ()
病名・症状 (主訴)	
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (有・無 ())
症状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	

紹介元医療機関より ①X-Pフィルム 有・無
②心電図記録等 有・無
③検査結果伝票 有・無