記載日：　　　年　　　月　　　日

**埼玉県済生会 加須病院**

**【紹介元医療機関】**

名称

所在地

TEL：

診療科　　　　　　　　　　　　　　　科

医師名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　科　　　　　　先生 宛

〒347-0101　埼玉県加須市上高柳1680

TEL：0480-70-0888(代表)

来院希望日

希望日　　　月　　　日（　　）

希望なし　　後日患者様より連絡

埼玉県済生会加須病院 受診歴（有　・　無　・不明）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  患者氏名 | (性別)  男・女 | 生年月日 （大正・昭和・平成・令和）  　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 住所　（〒　　-　　　）    TEL：　　　　-　　　- | | |
| 紹介目的　（紹介後の方針に関する希望を含む） | | |
| 主訴 及び 傷病名 | | |

埼玉県済生会加須病院　入退院支援センター

地 域 連 携 課

FAX送信先：0480-53-7262

T E L：0480-53-7024（直通）

入退院支援センター　地域連携課用