

## 診療情報提供書 兼 予約申込書

紹介先医療機関

紹介元医療機関 ※押印可

神奈川県立足柄上病院  
泌尿器科 担当医 先生

フリガナ  
名称  
所在地

受診希望日 月 日  
(予約可能な曜日・時間 : 火PM・木PM・金PM)  
足柄上病院への受診歴  
 有 (ID )  無

TEL  
FAX  
医師  
連絡担当者

フリガナ		性別	生年月日 ( 明・大・昭・平・令 )	
患者氏名		男・女	月	日 歳
現住所	〒	—	電話	
			携帯	

紹介目的	下記につきまして精査・加療をお願い致します。
① PSA値	ng/ml (検査日 年 月 日)
② 症状等 (任意記載)	<input type="checkbox"/> 尿が出づらい <input type="checkbox"/> 尿が漏れる <input type="checkbox"/> 尿が近い <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> その他
③ 病歴・ご指示など (任意記載)	
④ 抗血栓薬使用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 _____

**送信先 FAX 番号:0465-82-1191 (地域医療連携室直通)**

受付時間:月曜日～金曜日 8:30～16:30(祝日、年末年始を除く)

※上記時間以外のお申し込みに関しては、翌日受付時間の連絡となります。

※お申込は医療機関からのみ可能です。

本状を地域医療連携室にてFAX受信受付後、折り返し予約票をFAX送信いたします。