

# 診療情報提供書

湘南大磯病院提出用①

湘南大磯病院

患者支援センター（地域連携室）

FAX **0463(72)5798** TEL 0463(72)3211(代表)

科

先生

所在地

医療機関名

T E L

F A X

紹介医師名

年 月 日

湘南大磯病院受診歴

1. 有（診療カードNo. \_\_\_\_\_） 2. なし 3. 不明

患者	氏名 _____ 性別 男・女 職業 _____ 生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
病名 (主訴)	
紹介目的	
既往歴	薬剤アレルギー（有 _____ 無 _____）
病状経過 治療経過 検査結果 処方内容等	
その他	

備考 レントゲンフィルム 有・無 心電図記録等 有・無 検査結果伝票 有・無

# 診療情報提供書

紹介者控②

湘南大磯病院

年 月 日

患者支援センター（地域連携室）

FAX **0463(72)5798** TEL 0463(72)3211(代表)

所在地

医療機関名

T E L

F A X

紹介医師名

科

先生

湘南大磯病院受診歴

1. 有（診療カードNo. \_\_\_\_\_） 2. なし 3. 不明

患者	氏名 ..... 性別 男・女 職業 ..... 生年月日 大・昭・平・令 ____年 ____月 ____日 ..... 歳
病名 (主訴)	
紹介目的	
既往歴	薬剤アレルギー（有 ..... 無）
病状経過 治療経過 検査結果 処方内容等	
その他	

備考 レントゲンフィルム 有・無 心電図記録等 有・無 検査結果伝票 有・無

# 紹介状（患者様ご案内用）

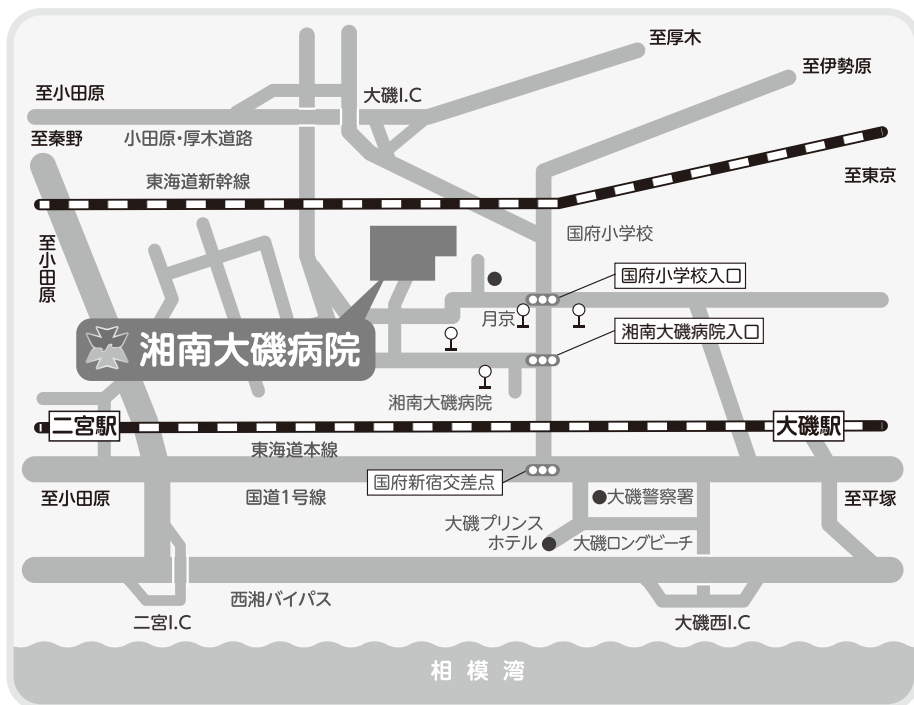
患者様用③

年 月 日

患者氏名 様 医療機関名

●ご来院の際は1階『紹介受付』へお越しください。

- ※ お持ち頂くもの ① 紹介状 ② 保険証(各種医療券をお持ちの方はそちらも一緒に)  
③ 診察券(東海大学大磯病院の診察券をお持ちの方はそちら)  
④ 予約票(お持ちの方)



## 交通アクセス

### 電車(バス)

- JR東海道本線大磯駅下車 バス15分  
●馬場・湘南大磯住宅經由二宮駅北口行  
●湘南大磯住宅行または大磯住宅循環  
▶「湘南大磯病院」下車 徒歩4分
- JR東海道本線二宮駅下車 バス10分  
●(北口発)馬場・大磯住宅經由大磯駅行  
▶「湘南大磯病院」下車 徒歩4分  
●(南口発)松岩寺經由平塚行  
山下經由平塚行  
▶「月京」下車 徒歩4分

### 自動車

- 小田原厚木道路「大磯I.C.」より5分  
西湘バイパス 「大磯西I.C.」より7分／「二宮I.C.」より10分(上りのみ)

**湘南大磯病院** 患者支援センター(地域連携室)

〒259-0198 神奈川県中郡大磯町月京21-1

電話(代表) 0463-72-3211 FAX 0463-72-5798