

尼崎医療生協病院 地域連携相談センター

TEL:06-6436-1899 FAX:06-6436-1874

★申込書をご記入いただき、以下の4つの情報と共にFAXにてお送りください。

☐1.診療情報提供書    ☐2.処方内容    ☐3.採血結果(Alb値含めて)    ☐4.画像所見

★当院予約後に来院いただく際には画像のCD-Rが必要となりますので、ご準備の程お願い申し上げます

[illegible]

ご記入ありがとうございました