

抗体カクテル療法 FAX 予約用診療情報提供書

令和 年 月 日

東神戸病院北 3 階病棟 行

名称
住所 〒
医師名：
電話：() -
FAX：() -

フリガナ 患者氏名	() 男・女	東神戸病院受診歴 1 有 2 無 患者番号()
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 電話：自宅 () - 連絡先 () -	
※保険情報	本人・家族	【保険者番号】 【記号】 【番号】
	公費負担等	【公費負担番号】 【公費受給者番号】 【負担割合等】
	公費負担等	【公費負担番号】 【公費受給者番号】 【負担割合等】
診 断 名	COVID-19	
紹介目的	抗体カクテル療法	

下欄について、ご記入ください。
【病状経過、治療経過、既往歴、および家族歴 など】
【現在の処方】

東神戸病院 北 3 階病棟 FAX078-841-5860 TEL078-841-5731 (代表) 受付時間：平日 8：45～16：00
--

ID：() 氏名 ()

予約確定日時(令和 3 年 月 日 14:00 ・ 15:00)

※来院場所にお越しいただくようにご案内ください