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