診 療 情 報 提 供 書 （紹 介 状）

平成　　年　　月　　日

〒651-1302　神戸市北区藤原台中町5丁目1-1
済 生 会 兵 庫 県 病 院
TEL078-987-2200　FAX078-987-4866

医師名

紹 介 元 医 療 機 関
名称

住所 〒

医 師 名　　㊞

Tel　　Fax

患者	フリガナ		受診歴	1. 有　2. 無　3. 不明
	氏　名	男 女	生年月日	明 大 昭 平　（　歳）　年　月　日
	住　所	〒　Tel（　）　－		
診 断 名		主　訴		
紹介目的	1. 診療　2. 検査　3. 入院　4. その他（　）			

①主　訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現　症 ⑤ 検 査 所 見 ⑥ 治 療 経 過 ⑦ 現 在 の 処 方 ⑧その他

患者に対する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

診療後は紹介元医へ転医することを　　要 す る　　要 し な い

予約希望日又は曜日	第1（　月　日 ／ 曜日）	第2（　月　日 ／ 曜日）

主保険	保 険 者 番 号	記 号 ・ 番 号		1. 本人 2. 家族
併用保険	負 担 者 番 号	受 給 者 番 号	種 別	1. 有 2. 無
			老・乳・（　）	

備考　1. 保険欄は、必要に応じて記入してください
2. ＦＡＸは、**24時間対応**但し**（平日）8：30～17：00**までは、当日対応となりますが
それ以降の時間外、日、祝、土曜日は、翌外来診療日の対応とさせて頂きます
3. 診察予約優先時間帯は、**11：00～11：30**　とさせて頂きます

ＦＡＸ　078-987-4866　医 療 福 祉 事 業 室