

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

紹介元医療機関

住所 〒

醫師名

印

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 (歳) 昭 平 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. F A X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いただきます
3. 診察予約優先時間帯は、**11：00～11：30** とさせていただきます

F A X 078-987-4866

医療福祉事業室