

診療情報提供書 (紹介状)

〒651-1302 神戸市北区藤原台中町5丁目1-1
濟生会兵庫県病院
TEL078-987-2200 FAX078-987-4866

令和 年 月 日
紹介元医療機関
名称

住所 〒

医師名 (印)

医師名

Tel Fax

Table with patient information, diagnosis, and medical history. Includes fields for name, gender, age, address, telephone, diagnosis, and referral purpose.

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)

Insurance information table with fields for insurance type, policy numbers, and beneficiary details.

- 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

FAX 078-987-4866 医療福祉事業室