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
Tel 078-987-2222

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　年　月　日（　歳）
	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）

	保険者番号	記号・番号	
主保険			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（第1・3土曜日）8：30～13：00**までは、当日対応となります
それ以降の時間外、日、祝、第2・4土曜日は、翌日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