紹介元医療機関控

内科	心療内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	腫瘍・血液内科	糖尿病内科	神経内科	小児科	消化器外科外科	乳腺外科	整形外科	脳神経外科	呼吸器外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	リハビリテーション科	放射線治療科	放射線科	受診科に○をつけてください。

診療情報提供書(紹介状)

独立行政法人国立病院機構
神戸医療センター　御中

平成　　年　　月　　日

名称
〒
住所
医師名　　印
TEL　　－　　FAX　　－

先生

侍史

患者	フリガナ		男・女	受診歴	1．有　3．無
	氏　名	(旧姓)		生年月日	明・大 昭・平　年　月　日（　歳）
	住　所	〒 TEL：自宅（　）　－　　TEL：連絡先（　）　－			
診断名				主訴	
紹介目的	1．診察　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

感染症の有無
- □ MRSA　（既往あり・感染あり［部位：　］・保菌・感染なし・不明）
- □ 結核　（既往あり・感染あり［部位：　］・感染なし・不明）
- □ 疥癬　（既往あり・感染あり［部位：　］・感染なし・不明）
- □ その他の感染症（　）（検出部位：鼻腔・喀痰・尿・便・その他）
- □ 未検査

患者に対する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好等

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	保険者番号	受給者番号	種別 老・乳（　）	1．有　2．無

備考　1．必要に応じて、画像診断のフィルム、検査記録を添付してください。
2．保険欄は、カルテ作成上必要ですので是非ご記入ください。
3．**病診連携受付専用ＦＡＸ　０７８－７９５－６５９１**