

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	脳神経内科	小児科	消化器外科	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	シヨク科	リハビリテー	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

令和 年 月 日

名称
〒
先生 住所
醫師名 印
TEL - FAX -
侍史

患者	フリガナ			男・女	受診歴	1. 有 2. 無
	氏名	(旧姓)			生年月日	大・昭平・令 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	1. 有 2. 無
			老・乳 ()	

- 備考
- 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。
 - 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。
 - 病診連携受付専用FAX 078-795-6591