

内科	心療内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	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	ペリシャシヨヒン科	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）

申込日： 令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
神戸医療センター 御中

紹介元医療機関

医療機関名：

住所： 〒

電話番号：

FAX番号：

診療科・医師名：

科

先生侍史

患者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳
	氏名	旧姓 ()		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 () 歳	
	住所	〒				
	電話	自宅	— —		携帯電話	— —
診断名				主訴		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()					
①家族歴 ②現病歴 ③現症 ④検査所見 ⑤治療経過 ⑥現在の処方 ⑦その他						
感染症の有無 <input type="checkbox"/> MRSA (<input type="checkbox"/> 既往あり <input type="checkbox"/> 感染あり 【部位:】 <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 感染なし <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 結核 (<input type="checkbox"/> 既往あり <input type="checkbox"/> 感染あり 【部位:】 <input type="checkbox"/> 感染なし <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 疥癬 (<input type="checkbox"/> 既往あり <input type="checkbox"/> 感染あり 【部位:】 <input type="checkbox"/> 感染なし <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> その他の感染症 () (検出部位: <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 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		
				枝番		
併用保険	保険者番号			受給者番号		種別
						老・乳・() <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。