

内科								小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	神経科	脳神経外科	麻酔科	放射線科	歯科	受診科に○をつけてください。
一般	循環器	呼吸器	消化器	血液	腎・透析	糖尿病	神経														

診療情報提供書 (紹介状)

平成 年 月 日

社会保険神戸中央病院 御中

名称

住所

先生御侍史

医師名

印

☎ ( ) -

FAX ( ) -

患者	(フリガナ) 氏名	-----	男女	男	社会保険神戸中央病院受診歴			
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 ( 歳)	女	1 有	2 無		
者	住所	-----						
		☎自宅 ( )	-	☎連絡先 ( )	-			
主保険	保険者番号	記号	番号	1. 本人				
					2. 家族			
併用保険	負担者番号	受給者番号	種別	有				
			老・乳・( )	無				

診断名

紹介目的  
 1 診療  
 2 検査 1) 検査名 ( 単純・造影 )  
 2) 画像提供方法 : (1) フィルム (2) CD-ROM (3) 不要  
 3 入院 1) 一般病床 2) 開放型病床 ①総室 ②個室

外来予約希望月日・曜日 第1 ( 月 日 曜日) 第2 ( 月 日 曜日)

入院予約希望月日・曜日 平成 年 月 日 曜日 至急・空床待ち

①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現象 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

薬物禁忌 無・有 ( ) 感染症 無・有 ( )

備考 1. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。 2. 2枚複写になります。