

診療情報提供書 [紹介状]

送付先

FAX : 078-652-8275

年 月 日

三菱神戸病院

<希望医師>

科 先生

<紹介元医療機関>

名称

所在地

診療科・医師名

TEL

FAX

フリガナ		男・女	
患者氏名		様	
大正・昭和	年 月 日 () 歳	平成・令和	自宅： - - 携帯： - -
住所： 〒 - 市			
保険者番号	本人・家族	公費負担番号	
記号	番号	公費受給者番号	
希望日	第一希望： 月 日 時 分 (月 日)以降いつでも良い 第二希望： 月 日 時 分 都合の悪い日：		
紹介目的	診察 ・ 入院 ・ その他 ()		
病名・症状 (主訴)			
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー 無 ・ 不明 ・ 有 ()		
症状経過 治療経過 検査結果			
	<input type="checkbox"/> 別紙参照		
現在の処方			
	<input type="checkbox"/> 別紙参照		