

診療情報提供書（紹介状）

（神戸掖済会病院地域医療連携室宛）

内科					循環器科	外科					整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	受診科に○印をつけてください。
消化器	糖尿病	腎	呼吸器	その他		消化器	肝胆膵	血管	乳・甲状腺	甲状腺								

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

神戸掖済会病院 御中
 （ 先生） 所在地
 医療機関名
 紹介医

患者	(フリガナ) 氏名	様 男・女		神戸掖済会病院受診歴 1. 有 (ID) 2. 無	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	職業		
住所	〒				
	☎ 自宅 ()		連絡先 ()		
診断名				主訴	
紹介目的	1 診察 2 検査 3 入院				
主保険	保険番号	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		1. 有
					2. 無
受診希望日	第1 (月 日)、第2 (月 日)				
備考					

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

患者に関する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好