

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