

紹介・診療情報提供書

地域医療連携室 TEL.0798-34-5151
FAX.0798-34-4436

診療希望科 _____ 科 希望医師名 _____ 医師 受診希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()	紹介医療機関 及び医師名 _____ 所在地 _____ TEL (_____) - FAX (_____)
ふりがな _____ 住所 〒 _____	患者様氏名 _____ 様 (男・女) 生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (歳) TEL (_____) -
(この欄については、保険証のコピーを添付の際には記入は不要です)	
保険者番号 _____ 記号・番号 _____ (本人・家族) 公費負担者番号 _____ 公費受給者番号 _____ 公費負担割引 0割・1割・2割・3割 前期高齢受給 _____ 有 ・ 無	負担上限額又は一部負担金額 外来 _____ 円 入院 _____ 円
病 名 _____	
紹介目的 <input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療全般 <input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> 検査依頼 (具体検査内容)	既往歴及び家族歴
県立西宮病院 受診歴 (有・無) _____ 年 _____ 月頃 _____ 科を受診	
主訴・現病歴・現症・検査所見・治療経過・現在の処方等 _____ _____ _____ _____	
放射線科への検査を目的として紹介される場合、撮影部位を○で囲み、検査の詳細を指示してください。 頭部 胸部 腹部 詳細指示 [_____]	
アレルギー (造影剤を含む薬物、気管支喘息等) _____ 有 (_____) ・ 無 感染症の有無 HBV + - HCV + - STS + -	
レントゲンフィルム貸出	希望有 (_____) ・ 希望無
レントゲンフィルムコピー	希望有 (_____) ・ 希望無