

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	紹介医療機関 及び医師名 _____	
希望医師名 _____ 医師	所在地 _____	
受診希望日 _____ 年 月 日 ()	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	

このページをコピーしてお使いください。