

診療情報提供書（紹介状）

年 月 日

兵庫県立リハビリテーション中央病院 御中
(先生)

名 称 :
住 所 : 〒

医師名 :

印

送付先（地域医療連携室）

F A X 078-925-9362

T E L 078-925-9264

T E L :

F A X :

内 科	脳 神 経 内 科	リ ウ マ チ 科	整 形 外 科	脊 髄 損 傷	切 断	泌 尿 器 科	テ リ シ ョ ン ビ リ	子どものリハビリテーション・睡眠・発達医療センター (十八歳以下) 小児整形 (中学生以下) 肢体不自由 (中学生以下) 小児睡眠障害			ス ポ ー ツ 整 形	ス ポ ー ツ 内 科	受診科を○で 囲んで下さい						
受診希望日 第1 (月 日 曜日) 第2 (月 日 曜日)																			
患 者	(フリガナ) 氏 名		()		男 女	リハビリテーション中央病院受診歴 (診療科名) 1 無 2 有 (科) (I D)													
	生年月日		年 月 日 (歳)																
	住 所		〒 ☎ 自宅 () - 連絡先 () -																
診 断 名								主 訴											
紹 介 目 的		1 入院 2 診療 3 検査																	
主 保 険	保険者番号							併 用 保 険	公 費 負 担 者 号										
	記号 番号		被保険者名				1 本人 2 家族		公 費 受 給 者 号										
			2 家族																
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、薬物アレルギー																			