

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

TEL：
FAX：

送付先（地域医療連携室）

FAX 078-925-9362

TEL 078-925-9264

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 ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科	子どものリハビリテーション・睡眠・発達医療センター			ス ポ ー ツ 整 形	ス ポ ー ツ 内 科	受診科を○で 囲んで下さい
								(十八歳以下)	小児整形 (中学生以下)	肢体不自由 (中学生以下)			
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) (ID)									
	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												
使用保険	1 健康保険 2 生活保護 3 労災 4 自賠責 5 その他 ()												
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													