

診療情報提供書（紹介状）

三菱神戸病院 地域医療連携室行
FAX (078) 652-8275

貴院名
医師名
TEL
FAX

該当診療科		希望日時	月 日 () 時 分 月 日 () 時 分
希望医師名	医師		
紹介患者	フリガナ 氏名	男 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (才)
	住所	〒 市 区 町・通 丁目 番 号	自宅Tel () 連絡先Tel ()
	保険者番号	本人 家族	公費負担者番号
	記号 被保険者名	番号	公費受給者番号
紹介目的	入院 診察 検査 その他 ()		
主 訴			
(患者情報) *ご記入は簡潔で 結構です			
薬物アレルギー	有 (薬品名) ・ 無 ・ 不明		
予約希望検査	検査をご希望の方は○を付けてください ①上部消化管内視鏡 ②下部消化管内視鏡 ③エコー (腹部、乳腺、甲状腺) ④胃透視 ⑤注腸透視 ⑥MRI / CT 部位 () 所見 (要 ・ 不要) 種別 (単純 ・ 単純+造影 ・ 造影) フィルム貸出し (要 ・ 不要) ⑦心エコー 原本貸出し (要 ・ 不要) ※心電図、胸部レントゲン等ありましたらご持参ください。		

検査によっては曜日、時間帯の指定がありますので、検査一覧表をご参照していただくか、お電話でお問い合わせください。お電話でご予約いただいた場合も、お手数ですがこの用紙に必要事項を記入の上、ご予約日前日までに FAXをお願いいたします。