

診療情報提供書（紹介状）

(西暦) 年 月 日

予約専用 FAX
0795-88-5231

紹介元医療機関

医療機関名 _____

医師名 _____

TEL _____

FAX _____

兵庫県立丹波医療センター宛

緊急対応が必要な場合は ① 先にお電話ください。救急担当者に取り次ぎます
 ② その後この用紙を FAX して下さい

TEL 0795-88-5220

救急受診の場合の来院方法

 救急車 自家用車

受診希望日

 本日受診希望（救急ではない） 本日受診希望ではない

① 月 日 ② 月 日 ③ いつでも可

希望医師名

先生

* 指定がない場合は無記名で結構です

【希望診療科】

<input type="checkbox"/> 総合診療科（内科）	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科
<input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科	<input type="checkbox"/> 禁煙・睡眠外来	<input type="checkbox"/> こころと記憶の診療科	<input type="checkbox"/> 肝臓外来
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 小児科（アレルギー）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【患者情報】

フリガナ 氏名 (旧姓)	(旧姓)	男 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
			TEL	
			当院受診歴	有 ・ 無
住所	〒			

患者様の来院方法 独歩 車椅子 ストレッチャー

【病状経過、治療経過、既往歴及び家族歴、現在の処方等】