

診療情報提供書(紹介状)

平成 年 月 日

神戸百年記念病院 地域医療連携室 行
送付先FAX番号 (078)686-1802

貴院名 _____
医師名 _____
TEL _____
FAX _____

①該当診療科	科	②予約希望日時	第1希望 月 日() 時
③希望担当医師	先生	※検査予約済みの場合は「予約済」とご記入願います。	第2希望 月 日() 時 特になし

④紹介患者	フリガナ氏名	男女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)
	住所	〒 神戸市 区 番 町・通号	自宅TEL		
	保険者番号	□□□□□□□□	本人 家族	公費負担者番号	□□□□□□□□
	記号 番号	被保険者名	公費	公費受給者番号	□□□□□□□□

★以下の項目で該当するご依頼内容に○印を入れて必要事項をご記入下さい。

⑤紹介目的	・入院 ・診察 ・検査 ・その他 ()
⑥主 訴	
患者情報 あれば処方内容もご記入ください。 ※ご記入は簡潔で結構です。	
⑦入院時の患者情報	①希望日 (至急 ・ 空き次第 ・ 月 日から入院希望) ②希望病室 (大部屋 ・ 二人部屋 ・ 個室) ③MRSA (+ ・ - ・ 不明) ④ADL (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)
⑧薬物アレルギー	有 (薬品名) ・ 無 ・ 不明
⑨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上下部消化管内視鏡同時施行 ④胃透視 ⑤注腸検査 ⑥MRI / CT 部位 () 所見 (要 ・ 不要) 内臓脂肪測定CT 種別 (単純・単純+造影 ・ 造影) ⑦心筋シンチ ⑧心筋シンチ以外のRI () ⑨心エコー ⑩骨塩定量(股関節・腰椎・両方) ⑪その他検査 ()