

## 診療情報提供書（紹介状）

神戸百年記念病院 地域医療連携室 行  
FAX (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 □予約済 □予約未	第1希望 月 日( ) 時 第2希望 月 日( ) 時 特になし
③希望医師名	先生		
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 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 番号	被保険者名	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	診察・検査・入院・その他 ( )		
⑥主 訴			
患者情報  あれば 処方内容も ご記入下さい  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 ) ③ MRSA ( + ・ - ・ 不明 ) ④ ADL ( 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 ⑥ MRI / 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 (大腿骨・腰椎) ⑪その他の検査 ( )		

☆ 受付時間（土曜日は第2・第4のみ）

月曜～金曜（木曜以外）：9時00分～18時00分  
木曜日：9時00分～16時50分  
土曜日：9時00分～12時00分

地域医療連携室 直通

TEL：078-681-6250  
FAX：078-686-1802

URL：http://www.kanebo.co.jp/hospital/