

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 <input type="checkbox"/> 予約済 <input type="checkbox"/> 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 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	住所 〒		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 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 ※ 所見 (要 ・ 不要) 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 エコー (心・頸部・腹部・その他 :) ⑤ 栄養指導 ⑥ MRI / CT 部位 () 種別 (単純・単純+造影・造影) ⑦ RI 種類 () ⑧ レントゲン 部位 () ⑨ 骨塩定量 (大腿骨・腰椎) ⑩ その他の検査 ()		

受付時間
 月曜日～金曜日 : 9時00分～17時30分
 土曜日 : 9時00分～17時00分

地域医療連携室 直通
 TEL : 078-681-6250
 FAX : 078-686-1802
 URL : <https://www.kobe-century-mh.or.jp/>