

消化器内科	呼吸器内科	血液内科	循環器内科	腎臓内科	糖尿病・内分泌科	神経内科	総合内科	精神・神経科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	リウマチ病科	膠原病内科	科	受診科を ○をつけてく
-------	-------	------	-------	------	----------	------	------	--------	-----	----	------	-----	------	------	----	-------	------	--------	-------	---	----------------

【FAX予約医科用】 診 療 情 報 提 供 書 ( 紹 介 状 )

平成 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院

先生 名称  
住所 〒  
医師名

印

電話

FAX

患 者	フリガナ 氏 名			西市民病院受診歴 1 有 2 無
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 ( 歳 )	
患 者	住 所	〒		
		電話：自宅 ( )	-	連絡先 ( ) -
診 断 名			主訴	
紹 介 目 的	1 診察 2 検査 3 入院 4 その他 ( )			

①主 訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現 症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他

<p>(患者に対する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好)</p>
--------------------------------

予約希望日 又は曜日	第1 ( 月 日 / 曜日 )	第2 ( 月 日 / 曜日 )
---------------	-----------------	-----------------

備考 1. 必要に応じて、画像診断のフィルム、検査記録を添付してください。  
2. 控用の複写をとってから交付してください。

神戸市立医療センター西市民病院 FAX (078) 579-1943