FAX番号:079-552-5010(総合支援室 直通)

紹介状（診療情報提供書）

兵庫医科大学ささやま医療センター　　年　　月　　日

受診希望科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科 希望医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生 受診希望日　①　　年　　月　　日（　） ②　　年　　月　　日（　） 都合の悪い日・曜日＿＿＿＿＿＿＿＿ ※受診希望日等の記載がない場合は、当院で受診日を選定させていただきます。	医療機関名 所　在　地 ご紹介医　　㊞ TEL　（　　）　　― FAX　（　　）　　― 事務ご担当者名：

フリガナ 患者氏名 旧　姓	□男 □女	生年月日T・S・H・R　　年　　月　　日生（　　歳）
住所　〒　　― TEL　（　　）　　―		
傷病名（疑）		
患者の状態　□独歩　□車イス　□ストレッチャー　□その他（　　）		
紹介目的　□外来診察 □MRI検査（部位：　　）※造影の要否　□要　□不要 □CT検査（部位：　　）※造影の要否　□要　□不要 □その他（　　） 該当する項目を☑し、必要事項を記入してください。		
既往歴　・家族歴		
症状経過・治療内容・検査結果・処方等　　【薬品アレルギー(＋・－)薬品名　　】		

〔備 考〕 1.宛先の医師の記載がない時は、当院で診療担当医師を選定させていただきます。
2.必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査記録等を添付してください。

〔 注 〕 当該紹介状に基づき患者登録しますので、氏名、生年月日等については、正確にご記入ください。
病診・病病連携での予約システムをご利用の場合、ＦＡＸは２４時間受付ておりますが休日及び時間外にご送信いただいた場合のお返事は、翌診療日の受付時間内になりますのでご了承ください。