

診療情報提供書

平成 年 月 日

西宮市立中央病院 地域医療連携室 宛

(希望受診科) _____ 科
_____ 医師
(受診希望日) 平成 年 月 日 ()

医療機関名
所在地
紹介医 (印)
電話 () -
FAX () -

ふりがな	生年	M T S H
患者氏名	月日	年 月 日
様 男 ・ 女	歳	
患者住所 〒	—	
電話番号 ()	—	
当院受診歴の有無	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ 不明 <input type="checkbox"/>	

病名	既往歴及び家族歴
紹介目的	
病状経過 及び 審査結果	【 薬剤アレルギー：有 (薬剤名) ・ 無)
治療経過	
現在の 処方	

西宮市立中央病院 地域医療連携室 FAX (0798)67-4896

電話 (0798)64-1515 内線 185・186

受付 月曜～金曜 午前8:30～午後7:00

放射線科検査受付は午前8:30～午後5:00