

# 診療情報提供書

西暦 年 月 日

西宮市立中央病院 患者総合支援センター 宛

(希望受診科)  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">科</div> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">医師</div> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/>	医療機関名  所在地  紹介医 <span style="float: right;">(印)</span>  電話 (        )        -  FAX (        )        -
---	---

(受診希望日)

特になし	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
------	----------	----------	----------

ふりがな	生年	M	T	S	H	R
患者氏名	月日					
様 男 ・ 女 歳					年	月 日
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 患者総合支援センター

受付	FAX (0798)67-4896	月曜～金曜	午前8:30～午後7:00
		土曜	午前8:30～午前12:00
	電話 (0798)64-1540	月曜～金曜	午前8:30～午後5:00