診療情報提供書

西暦　　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

医療機関名

所在地

紹介医　　㊞

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 患者氏名　　様　男 ・ 女　　歳	生年月日	M　T　S　H　R 年　　月　　日
患者住所　〒　　－ 電話番号　（　　）　　－		
当院受診歴の有無　：　有 □ ・ 無 □ ・ 不明 □		

病名	既往歴及び家族歴
紹介目的	

病状経過及び審査結果 ・ 治療経過 ・ 現在の処　方	【 薬剤アレルギー:　有　（薬剤名　　）・ 無 】

西宮市立中央病院　地域医療連携室　　FAX　（0798）67－4896

電話　（0798）64－1540

受付　月曜～金曜　午前8:30～午後7:00

土曜　　午前8:30～午前12:00