

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
TEL ()
FAX ()

ふりがな 患者氏名 _____ 様 男 ・ 女 才	M・S・T・H 生年月日 _____ 年 月 日
------------------------------	-----------------------------

患者住所 〒 _____
電話番号 () _____

病名	既往歴及び家族歴
紹介目的	
症状経過 及び 検査結果 ・ 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)64-1515 内線185・186

受付 月曜～金曜 午前8時30分～午後7時