

[診療情報提供書 (紹介状)]

※色の部分に情報を入力の上、お送りください。

		記入年月日	
兵庫県立こども病院の受診歴 (有 無)		紹介元医療機関名・所在地	
ID :	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	〒 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
紹介診療科		医療機関名	
担当医		医師氏名	
第1受診希望日		TEL	
第2受診希望日		FAX	
依頼日から	[<input type="checkbox"/> 1W <input type="checkbox"/> 2W <input type="checkbox"/> 3W <input type="checkbox"/> 1ヵ月] 以内		
フリガナ		男	生年月日 (西暦) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 日 (歳 ヶ月)
患者様氏名	様	<input type="checkbox"/> 女	
住所	〒 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	都道府県 市区町村	
	自宅電話 番号	携帯電話 番号	
自宅以外の 連絡先	氏名 (社名)	電話	続柄
保護者氏名		患者から見た保護者の続柄	
傷病名及び紹介目的			
既往症及び家族歴			
症状経過及び検査結果			
現在の処方			
薬物禁忌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

兵庫県立こども病院 予約センターにFAXにて診療予約をお願いします。
 受付時間 9:00~17:00 (17:00以後の受信は翌日受付となります。)
 TEL:078(945)7329(予約センター直通)
 FAX:078(945)7330(予約センター直通 24時間受信)