

[診療情報提供書（紹介状）]

記入年月日（ 年 月 日 ）

当院への受診歴	有	無	紹介元医療機関名・所在地	
患者 ID			住所	(〒)
紹介診療科				
担 当 医			医療機関名	
第 1 受診希望日			医師氏名	
第 2 受診希望日			電話	()
依頼日から	□1W □2W □3W □1 ヲ月以内		FAX	()

ふりがな				男 女	生年月日（西暦）		
患者氏名					年 月 日	歳 ヶ月	
住所	〒 都道府県 市町村						
保護者氏名		続柄		携帯電話			
自宅電話				自宅以外連絡先	名称		

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	有（ ）	無	感染症	有（ ）	無

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) 7300 (代表)

FAX : 078 (945) 7330 (予約センター直通 24 時間受信)