

〔 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)	
ID [: - -]	
紹介診療科	
担 当 医	
第1受診希望日	
第2受診希望日	
依頼日から	
[1W 2W 3W 1ヵ月] 以内	

紹介元医療機関名・所在地	
〒	
病院名	
医師氏名	
TEL	
FAX	

フリガナ			男	昭和	平成		
患者様氏名	様		女	生年月日 (年 齢)	 年 月 日	(歳 ヶ月)	
住 所	〒 - 				都道府県	市区町村	
	自宅電話番号 						
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	無	有 ()	感染症	無	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)