**［　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ヵ月以内** | **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）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）**