

# 紹介状(診療情報提供書)

宝塚市立病院

科 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_ 先生

紹介元医療機関
医療機関名
住 所
TEL
FAX
医師名 _____

患 者	(フリガナ)	性 別	宝塚市立病院 受診歴
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 ( 歳)	職 業	
	住 所 〒	TEL	
傷病名			
紹介目的			
症状経過及び検査結果・治療経過・既往歴及び家族歴			
現在の処方			
備 考			

備 考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること

宝塚市立病院 地域医療室

〒665-0827 兵庫県宝塚市小浜4丁目5-1

TEL:0797-87-1161 (代表)

FAX:0797-83-2818