

歯科・口腔外科 診療情報提供書(紹介状)

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

神戸中央病院 御中

名称

住所 ㊟

医師名

印

先生侍史

☎ () -

FAX () -

患者	(フリガナ) 氏名	神戸中央病院受診 1 有 2 無	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	職業
者	住所	☎自宅 () - ☎連絡先 () -	
	主保険	保 険 者 番 号	記 号 番 号
併用保険	負 担 者 番 号	受 給 者 番 号	種 別 有 無
			老・乳・()
診 断 名		主 訴	
紹 介 目 的	1 診断・治療 2 抜歯 3 処置 4 入院 1) 一般病床 2) 開放型病床 5 その他 ()		初診日 年 月 日 部 位
	外来予約希望月日・曜日		第1 (月 日 曜日) 第2 (月 日 曜日)
入院予約希望月日・曜日		年 月 日 曜日 至急・空床待ち	
①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現象 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他			
患者に対する留意事項、薬物アレルギー、嗜好			

備考 1. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。
2. 2枚複写になります。