

診療情報提供書（紹介状）

平成 年 月 日

兵庫県立がんセンター  
先生

名称  
住所

送付先（地域医療連携室）  
FAX 078-926-5410

医師名

TEL  
FAX

※受診科に○印をつけてください。

呼吸器内科	消化器内科	消化器外科	乳腺科	整形外科	脳神経外科	呼吸器外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科	頭頸部外科 (耳鼻咽喉科)	放射線診断科	放射線治療科	歯科口腔外科	腫瘍内科	血液内科						
受診希望日		第1 ( 月 日 曜日) ・ 第2 ( 月 日 曜日)																			
患者	(フリガナ)											男・女	がんセンター（成人病センター）受診歴								
	氏名												1. 有 ( ) 科・2. 無								
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)																			
	住所	〒 -																			
	電話	自宅 ( ) - 連絡先 ( ) -																			
診断名												主訴									
紹介目的																					
主保険	保険者番号												併用保険	公費負担番号							
	記号	番号												公費受給者番号							
	被保険者名													公費負担割合		割					
①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他 ⑨緊急性の有無												患者本人来院(○をつけてください)									
												可 (右のいずれかに○をつける)		独歩		車イス		ストレッチャー		不可	
患者に関する留意事項、薬物アレルギー																					

- 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. 外来診療表を参考に月日と主治医を選んでください。  
3. 麻酔科、緩和医療科を受診ご希望の場合は、直接医師にご連絡ください。  
4. 緊急性のある場合、各診療科と電話で協議し、様式1をFAXで送付してください。  
5. 本人が来院されない場合、診察はできません。

お問い合わせ：地域連携室  
電話 078-929-1151（内線 578）