

送付先:兵庫県立こども病院 予約センター  
FAX 078-945-7330

小児用

記入年月日

## 神戸陽子線センター 診療情報提供書(紹介状)

兵庫県立こども病院の受診歴 [ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ]		紹介元医療機関・所在地	
ID <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		〒	
紹介診療科		病院名	
担当医		医師氏名	
第1受診希望日	<input type="text"/>	TEL	
第2受診希望日	<input type="text"/>	FAX	

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 女	(年齢)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
				( <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> ヶ月 )
住所	〒			
	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		患者からみた 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	

※適用判断のための画像データ(診断時、治療開始時、直近)の提供を依頼することがあります。

お問合せ:兵庫県立こども病院 予約センター  
TEL 078-945-7329(9:00~17:00)