

神戸市立西神戸医療センター予約申込書・診療情報提供書（紹介状 医科用）

FAX送信先：078-993-3712 地域医療室 お問い合わせ：電話：078-993-3714

総合内科	脳神経内科	腎臓内科	内分泌・糖尿内科	免疫血液内科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	腫瘍内科	緩和ケア内科	精神・神経科	小児科	外科・消化器外科	乳腺外科	整形外科	脳神経外科	呼吸器外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	形成外科	放射線治療科	放射線診断科	歯科口腔外科	※予約希望診療科を○指定してください。
------	-------	------	----------	--------	-------	-------	-------	------	--------	--------	-----	----------	------	------	-------	-------	-----	------	------	----	---------	------	--------	--------	--------	---------------------

令和 年 月 日

神戸市立西神戸医療センター 御中

名称
住所 〒
先生 医師名：
電話：
FAX：

フリガナ 患者氏名	() 男・女	神戸市立西神戸医療センター受診歴 1 有 (ID.No.) 2 無	
旧姓(フリガナ)	()	※登録確認に必要なのでできる限り記載してください。	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	来院方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
住 所	〒 - 電話：(自宅) - - (連絡先) - -		
診 断 名		主 訴	
紹介目的 <small>○で囲んで指定してください</small>	1 診療 { (1) 検査名 () 2 検査予約 { (2) 結果の説明：ア. 自院で説明する イ. センターで説明願います 3 検査 { (3) 検査データ：ア. 要 (<input type="checkbox"/> CD-R または <input type="checkbox"/> フィルム) イ. 不要 4 入院 5 その他 ()		
予約希望日	第1希望 (月 日 / 曜日)	第2希望 (月 日 / 曜日)	
主 保 険	保険者番号	併 用 保 険 公費負担番号 公費受給者番号 公費負担割合 割	
	記号 番号		<input type="checkbox"/> 本人
	被保険者名		<input type="checkbox"/> 家族
患者様予約回答待ち状況 <input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 入院中 (<input type="checkbox"/> 入院中受診 <input type="checkbox"/> 月 日退院後受診) <input type="checkbox"/> 帰宅して連絡待ち			

※予約を急がれる場合(検査予約を除く)は上欄までご記入のうえFAX送信して頂き、後ほど下欄の診療経過等をお知らせください。(下欄の診療経過は申込日のうちに再度 FAXして頂くようお願い致します。)

予約済みで下欄追記の場合チェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 外来予約申込済み
①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥家族歴 ⑦その他 (<input type="checkbox"/> 別紙参照)	

注1) 必要に応じて検査データなどを添付してください。
 注2) 貴院のご紹介状をお使い頂く場合は、太枠内の必要事項を記載して頂き、別紙参照にチェックを入れて送信してください。
 注3) 医師の指名がない場合は、部長名ではなく「担当医」宛でお願いします。

当院使用欄 (記入しないでください)

患者番号： 予約日時： 年 月 日 : 科 先生