

神戸市立西神戸医療センター予約申込書（認知症対策「神戸モデル」用）

FAX送信先：078-993-3712 地域医療課

お問い合わせ：電話：078-993-3714

令和 年 月 日

神戸市立西神戸医療センター 御中

先生
名称
住所 〒
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	☐ 独歩 ☐ 車イス ☐ ストレッチャー			
住 所	〒 — 電話：(自宅) — — (連絡先) — —						
主 保 険	保険者番号				併 用 保 険	公費負担番号	
	記号	番号	被保険者名	☐ 本人 ☐ 家族		公費受給者番号	
						公費負担割合	割
患者様予約回答待ち状況		☐ 外来待機中 ☐ 入院中 (☐ 入院中受診 ☐ 月 日退院後受診) ☐ 帰宅して連絡待ち					
特記事項 (都合の悪い日などをご記入 ください。)							

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