

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 地域医療室

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 | <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) - - | | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | 公費受給者番号 |
| 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 | | | | |
| 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