

# 記入例

## 診療情報提供書

<様式1>

FAX番号を間違えずに

申込日(西暦)

年

月

日

送付先: 予約専用

FAX: 079-451-8653

【紹介元情報】

所在地 〒

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

加古川中央市民病院

先生

名称

診療科

医師名

TEL

FAX(必須)

### 【患者情報】

氏名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日( )歳
	旧姓( ) ※必ず記載お願いします。	TEL	自宅 ( )	—	携帯 ( )	—
住所	〒					
現状	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

### 【希望診療科】 診療科に✓をつけてください。※患者さんの状態によりご希望以外の診療科に受診

目的科に✓を付けてください

<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 放射線診断科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 精神神経科
<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> 腫瘍・血液内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科
<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 小児循環器内科
<input type="checkbox"/> 緩和ケア科			

予約希望日	いつでもよい	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
	都合の悪い日:	備考:		

診断

必ず記入してください

紹介内容

(①主訴 ②既往歴 ③家族歴 ④病歴 ⑤症状 ⑥検査所見 ⑦治療経過 ⑧現在の処方 ⑨その他)  
※ご記入いただくか紹介状の添付をお願いいたします。(紹介状は当日必ずご持参ください)

改訂: 2024年7月

加古川中央市民病院 予約専用 FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651

予約受付時間は平日 月～金 9:00～18:00(木曜日は17:00)です。これ以降のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。なお、緊急時は必ずお電話をお願いします。

FAXは24時間受付しておりますが、業務時間外のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。