

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	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子
	<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> 無		<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・内分泌内科	<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: 2025年4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 9:00～17:30です。FAXは24時間受け付けておりますが、受付時間外のお申し込みは、原則、翌業務日以降のお返事となります。受付時間内のお申し込みでも、その時の予約状況等によって翌業務日以降のお返事になることがございますので、予めご了承ください。緊急時は必ずお電話をお願いいたします。