**ＦＡＸ予約申込書・診療情報提供書（医科用）**

**神戸市立医療センター中央市民病院**　**地域医療連携センター**FAX078-302-2251　TEL078-302-6031

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総合内科 | 膠原病・リウマチ内科 | 循環器内科 | 糖尿病内科 | 内分泌内科 | 腎臓内科 | 脳神経内科 | 消化器内科 | 呼吸器内科 | 血液内科 | 腫瘍内科 | 精神・神経科 | 小児科 | 外　科 | 乳腺外科 | 心臓血管外科 | 呼吸器外科 | 脳神経外科 | 整形外科 | 皮膚科 | 形成外科 | 泌尿器科 | 産婦人科 | 耳鼻咽喉科 | 放射線治療科 |

**がんセンター**

※予約を希望される診療科を〇で囲んでください。（がんに関する予約で診療科指定のない場合は「がんセンター」を囲んでください。）

令和　　年　　月　　日　　　　　　　紹介元医療機関

神戸市立医療センター　　　　　　　　名称：

　　　　　　中央市民病院　　　　　 住所:

　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師名：

　　　　　　　　　　先生宛　　　　 ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者氏名 | ( 　　　 　　 )    男・女 | | | 旧姓（フリガナ） | | 当院受診歴  １　有　　２　無 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令・西暦　　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） | | | | | |
| 住　　所 | 〒  電話：（自宅）　　　　－　　　　－　　　　　（連絡先）　　　　－　　　　－ | | | | | |
| 診断名 |  | | | 主訴 |  | |
| 紹介目的 | １　加療　　２　精査　　３　入院　　４　その他（　　　　　　　　） | | | | | |
| 予約希望日  希望医師 | 第1（　　　月　　　日／　　曜日） | | 第２（　　　月　　　日／　　曜日） | | | |
| ※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。  **※保険情報は可能な限りご記入願います。（院外処方せん（写）をFAXしていただいてもかまいません）**  **※予約を急がれる場合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。** | | | | | | |
| 予約済みで下欄追記の場合チェックを入れてください。 | | □ 外来予約申込済み | | | | |
| 【病状経過、治療経過、既往歴、および家族歴　など】  【現在の処方】 | | | | | | |

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）貴院のご紹介状に必要事項を記載できる場合は，貴院のご紹介状をお使い頂いて差し支えありません