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○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