

F A X 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患者総合支援センター 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
------	------------	-------	-------	-------	------	-------	-------	-------	------	------	--------	-----	----	------	--------	-------	-------	------	-----	------	------	------	-------	--------

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

T E L：

F A X：

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）	
来院方法	☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー（乗り換え不要） ☐ ストレッチャー（乗り換え必要） ※ストレッチャーの場合、本館1階守衛室にお声がけいただき、2階までお越しく下さい。		
付き添い	☐ 家族 ☐ その他（ ）		
必要な 医療ケア	☐ 吸引 ☐ 酸素 ☐ 気切 ☐ その他（ ） ※酸素が必要な場合、酸素待合コーナーでお待ちいただけます。スタッフにお声掛け下さい。 ※ケアに必要な物品はご持参ください。		

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