

FAX番号を間違わずに 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) 目的科に✓を付けてください

【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して頂くこともありますので御了承ください

<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"/>

【患者情報】

氏名	フリガナ	生年月日	西暦 年 月 日()歳		
	男・女	TEL	自宅 () -	携帯 () -	
	旧姓() ※必ず記載お願いします。				
住所	〒				
診断名	紹介目的に○を付けてください				
紹介目的	1. 診察 2. その他()				
現状	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	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	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
予約希望日	第一希望 月 日	第二希望 月 日	いつでもよい その他()		
紹介内容	必ず記入してください (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) 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)				
	患者さんが通院不可の日があれば記入してください				

改訂: 2019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 9:00～17:00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。