<様 式 1>

診療情報提供書

記入例

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 男 ・ 女 旧姓(　　)　※必ず記載お願いします。	生年月日	西暦　　年　　月　　日(　　)歳		
		TEL	自宅　(　　)　　ー 携帯　(　　)　　ー		
住　所	〒				
現状	□ 外来通院中 □ 入院中	当院受診歴	□ 有 □ 無	移動方法	□ 独歩　□ 車椅子 □ ストレッチャー

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

□ 総合内科	□ 腎臓内科	□ 整形外科	□ 耳鼻咽喉科
□ 消化器内科	□ 脳神経内科	□ 形成外科	□ 放射線診断科
□ 循環器内科	□ 消化器外科	□ 皮膚科	□ 放射線治療科
□ 呼吸器内科	□ 心臓血管外科	□ 小児科	□ 精神神経科
□ 糖尿病・代謝内科	□ 呼吸器外科	□ 産婦人科	□ 歯科口腔外科
□ 腫瘍・血液内科	□ 脳神経外科	□ 泌尿器科	□ 乳腺外科
□ リウマチ・膠原病内科	□ 小児外科	□ 眼科	□ 小児循環器内科

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(　　)

必ず記入してください

患者さんが通院不可の日があれば記入してください

診断名	
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：2022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　9:00～18:00(木曜日は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、業務時間外のお申込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。