

# 記入例

## 診療情報提供書

<様式1>

FAX番号をお間違えないように (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	生年月日	西暦	年	月	日( )歳
	旧姓( ) ※必ず記載をお願いします。	男・女	TEL	自宅 ( )	—	—
				携帯 ( )	—	—
住所	〒					
現状	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子	

目的科に✓を付けてください。  
緩和ケア科への紹介は、  
当院主科もご記載ください。

### 【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

<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 放射線診療科
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 精神神経科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 小児循環器内科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> ゲノム診療科
<input type="checkbox"/> 腫瘍・血液内科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	
<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	
<input type="checkbox"/> 緩和ケア科 ※1	※1 緩和ケア科に関連する主科を必ずご記入ください → 【 】 緩和ケア科の紹介は、「①緩和ケアに関係する当院主科の次回受診予約がある方」、もしくは、「②申込日から遡って過去90日以内に当院主科の受診歴がある方」に限らせていただきます。		

予約希望日	いつでもよい	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
	都合の悪い日:	備考:		

診断	必ずご記入ください
----	-----------

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:2026年4月

予約専用窓口 FAX:079-451-8653 (24時間受付) TEL:079-451-8651

予約受付: 平日 9:00~17:00 (月火水金は17:30まで)

お申込の時間帯や予約状況により、お返事が翌業務日以降になる場合がございます。予めご了承ください。

【緊急時】必ずお電話にてご連絡をお願いいたします。

加古川中央市民病院