

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 |
|     | 男 ・ 女<br>旧姓 ( ) ※必ず記載をお願いします。                                  | TEL   | 自宅 ( ) -<br>携帯 ( ) -                                     |      |                                                          |         |
| 住 所 | 〒                                                              |       |                                                          |      |                                                          |         |
| 現 状 | <input type="checkbox"/> 外来通院中<br><input type="checkbox"/> 入院中 | 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 移動方法 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 |         |

【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 → 【 】<br>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、<br>「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<br>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9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

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