

診療情報提供書

<様式1>

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		生年月日	西暦 年 月 日 () 歳		
	男・女		TEL	自宅 () - 携帯 () -		
旧姓 () ※必ず記載をお願いします。						
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	

【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・内分泌内科	☐ 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
☐ 緩和ケア科 (※注) (※注)緩和ケア科への紹介は必ず主科も選択頂き、両科の紹介状をお送り下さい			
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: 2025年10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 9:00～17:30です。FAXは24時間受け付けておりますが、受付時間外のお申し込みは、原則、翌業務日以降のお返事となります。受付時間内のお申し込みでも、その時の予約状況等によって翌業務日以降のお返事になることがございますので、予めご了承ください。緊急時は必ずお電話をお願いいたします。