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　〒

名　称

診療科　　医師名

TEL

FAX(必須)

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

【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

【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	☐ 脳神経内科	☐ 呼吸器外科	☐ 泌尿器科
☐ 消化器内科	☐ 精神神経科	☐ 小児外科	☐ 放射線診断・IVR科
☐ 循環器内科	☐ 小児科	☐ 整形外科	☐ 放射線治療科
☐ 呼吸器内科	☐ 小児循環器内科	☐ 形成外科	☐ 歯科口腔外科
☐ 糖尿病・内分泌内科	☐ 消化器外科	☐ 眼科	☐ ゲノム診療科
☐ 腫瘍・血液内科	☐ 乳腺外科	☐ 耳鼻咽喉科	
☐ リウマチ・膠原病内科	☐ 心臓血管外科	☐ 皮膚科	
☐ 腎臓内科	☐ 脳神経外科	☐ 産婦人科	
☐ 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: 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