

緊急

診療情報提供書

当日受診連絡用

年 月 日

＊この用紙のみで受診依頼はできません。必ず事前にお電話ください。

★本用紙は、緊急時に受診する際、あらかじめ診療情報を提供いただく為の専用用紙です。
まず医師直通ホットラインにご連絡いただき、受診決定後、
可能な限り本用紙での情報提供にご協力ください。

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）

【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

☐ 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	☐

【患者情報】

氏 名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日（
	男 ・ 女 旧姓（ ） ※必ず記載をお願いします	TEL	自宅（ ）	—	携帯（ ）	—
住 所	〒					
診断名						
紹介目的	1. 診察					
	2. その他（					
現 状	☐ 外来通院中	移動方法	☐ 独歩	☐ 車椅子	当院受診歴	☐ 有
	☐ 入院中		☐ ストレッチャー	☐ 無		
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4月

加古川中央市民病院 予約専用 FAX：079-451-8653 TEL：079-451-8651