

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

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

【患者情報】

氏名	フリガナ	生年月日	西暦 年 月 日 (
	男・女		TEL	自宅 ()	—
	旧姓 () ※必ず記載お願いしま		携帯 ()	—	
住所	〒				
診断名					
紹介目的	1. 診察 2. その他 (
現状	<input type="checkbox"/> 外来通院中	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> ストレッチャー		<input type="checkbox"/> 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：2026年4月