

# 【予約医科用】診療情報提供書(紹介状)

神戸市立医療センター西市民病院

診療科	医療機関名		
	所在 地 〒		
	電話 番号	FAX番号	
先生	医師名 (申込担当: )		

●ご希望の診療科に✓をお願い致します。

診 療 科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科
	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科	<input type="checkbox"/> 精神・神経科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 放射線科
	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 認知症疾患医療部	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/>

フリガナ		性別	和歴 生年 月日 年 月 日			
患者氏名 (旧姓: )			当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有(ID: ) <input type="checkbox"/> 無			
電話番号 (必ず連絡がつく番号)	携帯電話	- - -	/ご自宅( )	-		
住所	〒 -					
診断名			主訴			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 1. 診察 <input type="checkbox"/> 2. 入院 <input type="checkbox"/> 3. その他( )					
日時 調整先  ①② どちらか を選択	<input type="checkbox"/> ①患者  ※電話予約案内・予約票をお渡し 下さい。  かかりつけ医での日程調整は不要です。 電話でのやり取りが困難な患者さんにつ いては、従来通り②を選択してください。			<input type="checkbox"/> ②かかりつけ医  (従来通りの医療機関同士での調整)  ※概ね30分以内に予約票を返信します		
				第1希望 ( 月 日 / 曜日 )		
				第2希望 ( 月 日 / 曜日 )		

《病状及び治療の経過、既往歴、家族歴、現在の処方、薬剤アレルギー、患者に対する留意事項など》

詳細は別紙紹介状参照

連絡先	神戸市立医療センター西市民病院 病診連携室 FAX: 078-579-1943 <受付時間>月曜日～金曜日: 9時00分～19時00分 土曜日: 9時00分～13時00分
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------