

【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 先生	医療機関名			
	所在地	〒		
	電話番号		FAX番号	
	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"/> 緩和ケア外来(完全予約制)
	<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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

フリガナ		性別	生年月日	和歴	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 1. 診察 2. 入院 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
-----	--