

消化器内科	呼吸器内科	血液内科	リウマチ膠原病内科	循環器内科	腎臓内科	糖尿病内分泌内科	脳神経内科	総合内科	精神・神経科	認知症疾患医療部	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	科
-------	-------	------	-----------	-------	------	----------	-------	------	--------	----------	-----	----	------	-------	-----	------	------	----	-------	------	---

予約を希望される科を○で囲んでください。

【FAX予約医科用】 診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院

〒

住 所：

先生

医 師 名：

電話番号：

FAX番号：

患 者	フリガナ 氏 名		男・女	旧姓（フリガナ） （登録確認に必要なため可能な 範囲で記載してください。）	当 院 受 診 歴	有・無
	生年月日	年 月 日生（ 歳）				
	住 所	〒				
	電話：自宅	-	-	連絡先：	-	-
	診 断 名				主 訴	
	紹 介 目 的	1 診察 2 検査 3 入院 4 その他（ ）				
	予約希望日 または曜日	第 1（ 月 日 / 曜日）		第 2（ 月 日 / 曜日）		

※予約を急がれる場合は上欄太枠内をご記入のうえFAX送信（簡単FAX予約）していただき、
後ほど下欄を申込日中にお知らせください。

簡単FAX予約済みで下欄の診療情報の追記送信の場合、チェックしてください。

FAX予約済み

（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）

注1) 必要に応じて、検査データなどを添付してください。

注2) 予約に必要な上記情報があれば貴院の診療情報提供書で予約をお取りできます。

 FAX送信先：(078) 579-1943 神戸市立医療センター西市民病院 病診連携室