

初診（診察）予約申込書 兼 診療情報提供書（紹介状）

兵庫県立加古川医療センター
地域医療連携部（予約担当）
直通電話 079-497-7011
FAX番号 079-438-3756
※ 番号をご確認のうえ、お間違えのないようお願いいたします。
代表電話 079-497-7000
（内線3151）
予約受付時間 9：00～17：00

紹介医療機関名：
所在地：
TEL・FAX：
診療科：
医師名：
㊞

受診希望日
□ 緊急性あり □ 通常
第1希望日 月 日（曜日） 第2希望日 月 日（曜日）
その他：

※ 但し、当日時間内に緊急の診察を依頼される場合は、①電話で診療科担当医とご相談のうえ、②この用紙をFAXして下さい。 TEL 079-451-7084（専用）

患者様
ふりがな
氏名
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（歳）
住所 〒
TEL (自宅) (連絡先)
男・女
県立加古川病院（旧病院）または加古川医療センターにおける受診歴の有無
有（科）・無

受診希望診療科 （受診を希望される診療科にチェックをお願いします。） 希望医師名
□内科 □糖尿病・内分泌内科 □呼吸器内科 □神経内科 □循環器内科 ■病理診断科
■精神科 □緩和ケア内科 □消化器内科 □外科 □乳腺外科
□心臓血管外科 □皮膚科 □形成外科 □脳神経外科 □泌尿器科 □セカンド・ホスピタル
□眼科 ■耳鼻咽喉科 □整形外科 □リハビリ科 □放射線科
□リウマチ科 □腎臓内科 ■感染症内科 ■婦人科 □胃カメラ

①診断名 ②主訴 ③既往歴及び家族歴 ④検査所見 ⑤治療経過 ⑥現在の処方 ⑦その他

ご紹介ありがとうございました。折り返し、上記のFAX宛に初診予約票・案内票等を送付いたします。当日患者様には、ご紹介状・初診予約票・保険証・各種受給者証を持参の上ご来院いただくよう、ご案内願います。