様式１-1　　令和　　年　　月　　日

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します。
代表電話　079-497-7000
（内線3151）
予約受付時間　９：00～18：30　土曜日（祝日のぞく）９：00～11：30

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		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
	氏名			有　（　　科）・　無
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　（　　歳）		
	住所	〒		
	TEL	（自宅）　　（連絡先）		

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	□脳神経内科	□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・消化器外科	□乳腺外科	□ｾｶﾝﾄﾞｵﾋﾟﾆｵﾝ
□心臓血管外科	□皮膚科	□形成外科	□脳神経外科	□泌尿器科	
□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。