

20 年 月 日

開放病床利用・診療予約申込書 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 平日9:00~18:30

土曜日（祝日をのぞく）9:00~11:30

紹介医療機関名：
所在地：
TEL・FAX：
診療科：医師名：

印

患者様	ふりがな		男 ・ 女	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	大・昭・平 年 月 日 (歳)			
	住所	〒			
	TEL	(自宅)		(連絡先)	

受診希望日	第1希望日 月 日 (曜日) 第2希望日 月 日 (曜日)
	その他：

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**

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 消化器内科
<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 外科・消化器外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input checked="" type="checkbox"/> リハビリ科
<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input checked="" type="checkbox"/> 乳腺外科
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input checked="" type="checkbox"/> 循環器内科
	<input type="checkbox"/> 緩和ケア内科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input checked="" type="checkbox"/> 心臓血管外科

<input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器内科
<input checked="" type="checkbox"/> 感染症内科	<input checked="" type="checkbox"/> 精神科
	<input checked="" type="checkbox"/> 婦人科

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※患者様に関する留意事項：・緊急性（あり・なし） ・薬剤アレルギー等：

※緊急の場合、各診療科と電話で協議の上、この用紙をFAXしてください。TEL 079-497-7000（代表）

ご紹介ありがとうございました。折り返し、上記のFAX宛に予約票・案内票等を送付いたします。当日患者様には、ご紹介状・診療予約票・マイナンバーカード・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。