

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）

紹介医療機関名：
 所在地：
 TEL・FAX：
 診療科： 医師名： ㊟

予約受付時間 平日 9:00~18:30 土曜日（祝日のぞく） 9:00~11:30

受診希望日	<input type="checkbox"/> 緊急性あり		<input type="checkbox"/> 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	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・令 年 月 日 (歳)			
	住所	〒 (連絡先)			
	TEL	(自宅)			

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"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> 小児科
<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 type="checkbox"/> リハビリ科	<input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器内科
(*リハビリ目的)	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input checked="" type="checkbox"/> 感染症内科	<input checked="" type="checkbox"/> 精神科
<input type="checkbox"/> 形成外科	<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 checked="" type="checkbox"/> 病理診断科	<input checked="" type="checkbox"/> 婦人科
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<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		

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
 (*脳神経内科リハビリ目的の依頼では「障害者病棟入棟申請書」も併せて記載をお願いします)

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・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。