

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： (印)

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 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 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 〒
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 整形外科 消化器内科 胃カメラ その他
 脳神経内科 外科・消化器外科 泌尿器科 リハビリ科 耳鼻咽喉科 呼吸器内科
(*リハビリ目的) リウマチ科 眼科 乳腺外科 感染症内科 精神科
 形成外科 脳神経外科 腎臓内科 循環器内科 病理診断科 婦人科
 皮膚科 緩和ケア内科 放射線科 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。