

川西市立総合医療センター 診察予約申込書（診療情報提供書）

紹介元医療機関名：

住所

紹介元医師名：

TEL: FAX:

◆患者情報

患者氏名

フリガナ

性別

生年月日

男 明治・昭和 平成・令和 年 月 日 歳

女

住所

〒 -

電話番号① (固定)

電話番号② (携帯)

貴院での状況	☐ 外来患者さま → 貴院で待機中（はい ・ いいえ）※受付時間外並びに内容によっては翌営業日の対応となります。 ☐ 入院患者さま
診察予約希望日	① 月 日（ ） ② 月 日（ ） ③ 月 日（ ） ※当日の診察をご希望の場合は、必ず患者支援センターまで電話連絡をお願いいたします。
紹介目的	☐ 診察 ☐ 手術 ☐ 入院 （開放型病床 ☐ 利用）
主訴	
診療科名	☐ 総合内科 ☐ 循環器内科 ☐ 消化器内科 ☐ 糖尿病・内分泌内科 ☐ 腎臓内科 ☐ 呼吸器内科
	☐ 血液内科 ☐ 神経内科 ☐ ペインクリニック科 ☐ 外科・消化器外科 ☐ 乳腺外科
	☐ 呼吸器外科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 形成外科 ☐ 整形外科
	☐ 小児科 ☐ 産婦人科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 眼科 ☐ 泌尿器科 ☐ 皮膚科
希望医師名	☐ 希望なし ☐ 希望あり （ 医師 ）
当日持参資料	☐ なし ☐ あり 資料： ☐ C D-R ☐ レントゲンフィルム ☐ 病理組織標本 ☐ その他（ ）
症状経過 治療経過 検査結果 処方等	（別紙がある場合は添付をお願いします。）※診療情報提供書、検査記録など原本は当日ご持参下さい。