

FAX：072-789-8193 TEL: 072-789-8194 (直通)

当院受診歴： 無・有 (ID: )

## 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

性別

生年月日

フリガナ

男

大正・昭和

女

平成・令和

年

月

日

歳

住所

電話番号①

(固定)

電話番号②

(携帯)

貴院での状況	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 (開放型病床 <input type="checkbox"/> 利用)
主訴	
診療科名	<input type="checkbox"/> 総合内科 <input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック科 <input type="checkbox"/> 外科・消化器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科
希望医師名	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり ( 医師 )
当日持参資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 資料： <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム <input type="checkbox"/> 病理組織標本 <input type="checkbox"/> 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。