川西市立総合医療センター 患者支援センター 宛　　年　　月　　日

**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<br>女 | 大正・昭和<br>平成・令和　　年　　月　　日　　歳 |
| 住所<br>〒 | | 電話番号①<br>（固定）<br>電話番号②<br>（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。<br>□　入院患者さま |
| **診察予約希望日** | ①　　月　　日（　　）　②　　月　　日（　　）　③　　月　　日（　　）<br>**※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　□ 膠原病・リウマチ内科　□ 循環器内科　□ 消化器内科　□ 糖尿病・内分泌内科<br>□ 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<br>□ 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<br>□ 小児科　□ 産婦人科　□ 耳鼻咽喉科　□ 眼科　□ 泌尿器科　□ 皮膚科　□ もの忘れ外来 |
| **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：□ ＣＤ-Ｒ　□ レントゲンフィルム　□ 病理組織標本　□ その他（　　） |
| **症状経過**<br>**治療経過**<br>**検査結果**<br>**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。 |

2026.10月 改訂