

※ 検査予約の場合には、《検査》予約依頼票をご利用ください！

To 県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター

FAX：(06) 6480-7721

(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

県立尼崎総合医療センター

《C I N外来診察》予約依頼票

申込日 年 月 日

【依頼元】 医療機関名： 診療科：

医師名：

所在地：

TEL： FAX：

患者様の予約回答待ち状況

- ご紹介元医療機関にて外来待機中
 帰宅されている

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大 年 月 日	男女
	(旧姓)		昭・平・令 (歳)	
住所 電話番号	〒 -	Tel. - -		
紹介目的	1. 診 察 (C I N外来)			
O印を付けて 下さい	子宮頸部細胞診：ASC-US・LSIL・ASC-H・HSIL・SCC・AGC・AIS・ Adenocarcinoma・その他 () HPVテスト：未施行・陰性・陽性 HPVタイピング：未施行・陰性・16型・18型・その他の () 型 生検：なし・あり (所見)			
当院への受診歴 (尼崎病院・塚口病院 を含め)	(有・無) (o印を：尼崎総合医療センター・尼崎病院・塚口病院)	受診科；	診察券番号；	- -
希望診療科	産婦人科	希望医師	有 (医師)	・無
希望受診日	1 月 日、 ② 月 日、 ③ 月 日 or 希 望曜日(曜日)			

* 折り返し、FAXにて「予約回答書」、「診察申込書」などの必要書類を返信させていただきます。
受付時間：《平日》午前8時45分～午後7時30分、《土曜日》午前8時45分～午前12時
《日曜日・休日》受け付け業務なし TEL: (06) 6480-7720(直通)

なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受け付けは翌日対応となります。

* **来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状：診療情報提供書」をご持参ください。**

* 転院依頼の場合は、病状を記した「診療情報提供書」も同時にFAXしていただければ幸いです。

※ 検査予約の場合には、《検査》予約依頼票をご利用ください！