

兵庫県立尼崎総合医療センター

《外来診察》 予約依頼票

F A X 送信先 : (0 6) 6 4 8 0 - 7 7 2 1 地域医療連携

※ (「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)
お問い合わせは、電話 : (0 6) - 6 4 8 0 - 7 7 2 0 までお願いいたします。

申込日 年 月 日

受診希望科に記入	循環器内科	腎臓内科	糖尿病内分泌内科	呼吸器内科	総合診療科(内科)	消化器内科	膠原病リウマチ内科	脳神経内科	もの忘れ外来	泌尿器科	皮膚科	漢方内科	歯科口腔外科	小児科	小児7歳以下科
	小児循環器内科	心臓血管外科	血液内科	呼吸器外科	乳腫外科	外科・消化器外科	整形外科	脳神経外科	形成外科	婦人科産科	耳鼻咽喉科	眼科	小児外科	放射線治療科	

希望医師 : 無
 : 有 (_____ 医師)

希望受診日 : ① 当日
 ② 希望日なし
 ③ _____ 月 _____ 日
 ④ _____ 月 _____ 日

医療機関名 : _____
 医師名 : _____
 所在地 : _____
 TEL : _____
 FAX : _____

患者様の状況

ご紹介元医療機関にて外来待機中
 帰宅されている
 入院中 (退院後受診 入院中受診)

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ _____ (旧姓 _____)	生年月日	明・大 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭・平・令 _____ (_____ 歳)	男 女
住所・電話番号	〒 _____ Tel _____ - _____			
当院への受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (診察券番号 : _____ - _____) <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明			
紹介目的	1. 診察 2. 転院問合せ ★入院の場合 : 開放型病床共同利用の希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 主訴・病名 ★ 必ずご記入ください ★ (_____) ※ 診療情報提供書は、出来上がり次第、FAX をお願いします。 ※ 当日受診・転院依頼の場合は、同時に診療情報提供書の FAX をお願いします。			
当日来院時の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
持参資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> X P ・ <input type="checkbox"/> C T ・ <input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> 内視鏡 ・ <input type="checkbox"/> 超音波 ・ <input type="checkbox"/> 心電図)			