※　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

# 県立尼崎総合医療センター
# 《外来診察》予約依頼票

申込日　平成　　年　　月　　日

【依頼元】　医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　診療科：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　在　地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【患者様データ】

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者氏名 | フリガナ | 生年月日 | 明・大　年　月　日<br>昭・平　（　歳） | 男<br>女 |
| 住　所<br>電話番号 | 〒　－<br>Tel.　－　－ | | | |
| 紹介目的<br>○印を付けて下さい。 | 1．診　察　　2．転院問合せ　　3．その他（　　）<br>主訴・病名・病状とともに、簡単な紹介目的を下記に記載ください。<br>紹介目的；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（診療情報提供書は、当日持参で結構です）<br>★入院の場合；開放型病床共同利用の希望　［ □ 有、□ 無 ］ | | | |
| 当院への受診歴<br>（尼崎病院・塚口病院を含め） | （有・無）→　（○印を：尼崎総合医療センター・尼崎病院・塚口病院）<br>受診科；　　診察券番号；　　－　　－ | | | |
| 希望診療科 | 科 | 希望医師 | 有（　　医師）・無 | |
| 希望受診日 | ①　　月　　日、②　　月　　日、③　　月　　日<br>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」を持参の上、当院の「初診受付」へお越しくださるようにお伝えください。

＊　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！