

兵庫県立尼崎総合医療センター  
《外来診察》 予約依頼票

FAX送信先：(06) 6480-7721 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：(06) - 6480-7720までお願いいたします。

申込日 年 月 日

受診希望科に ○も記入	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	乳腺 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 明日  
： ③ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
： ④ 希望日なし

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	生年月日	明・大 年 月 日	男女
	(旧姓)		昭・平・令 ( 歳)	
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)			