

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<br>○も記入 | 循環器<br>内科       | 腎臓<br>内科       | 糖尿病<br>内分泌<br>内科 | 呼吸器<br>内科 | 総合<br>診療科<br>(内科) | 消化器<br>内科        | 膠原病<br>リウマチ<br>内科 | 脳神経<br>内科 | もの忘れ<br>外来 | 泌尿<br>器科  | 皮膚科       | 漢方<br>内科 | 歯科<br>口腔<br>外科 | 小児科        | 小児<br>7科<br>科 |
|                | 小児<br>循環器<br>内科 | 心臓<br>血管<br>外科 | 血液<br>内科         | 呼吸器<br>外科 | 乳腺<br>外科          | 外科・<br>消化器<br>外科 | 整形<br>外科          | 脳神経<br>外科 | 形成<br>外科   | 婦人科<br>産科 | 耳鼻<br>咽喉科 | 眼科       | 小児<br>外科       | 放射線<br>治療科 |               |

希望医師 :  無  
 :  有 ( \_\_\_\_\_ 医師)  
 希望受診日 :  ① 当日  
 :  ② 明日 (平日)  
 :  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・<br>電話番号 | 〒 _____ TEL _____  |      |             |    |
| 当院への<br>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 ★<br>( _____ )<br>※ 診療情報提供書は、出来上がり次第、FAXをお願いします。<br>※ 当日受診・明日(平日) 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<br><input type="checkbox"/> 内視鏡 ・ <input type="checkbox"/> 超音波 ・ <input type="checkbox"/> 心電図 ) |      |             |    |