

予約申込書・診療情報提供書（紹介状）

申込日 令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

神戸医療センター

地域医療連携室 宛

〒654-0155 神戸市須磨区西落合3-1-1

FAX送付先：078-795-6591

紹介元医療機関名	
住 所	〒
電 話 番 号	() -
F A X 番 号	() -
診療科・医師名	

■ 診察依頼

希望診療科 () 科	医師指定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医師)
	日時指定	<input type="checkbox"/> 無 第1希望 月 日 曜日 第2希望 月 日 曜日
患者様予約回答待ち状況	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 入院中 (月 日退院後受診) <input type="checkbox"/> 帰宅して連絡待ち	

■ 患者様情報

患者氏名	フリガナ	神戸医療センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID:)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 旧姓 ()		<input type="checkbox"/> 無
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)		
住 所	〒 ※旧姓・旧住所の確認のため、貴院へご連絡させていただく場合がございます。ご了承ください。		
電 話	自宅： () -	携帯： - -	
診 断 名		主 訴	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
造影剤検査をされる方	血清クレアチニン： mg/dl (採血日： 年 月 日)		
①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥家族歴 ⑦その他 (<input type="checkbox"/> 別紙参照)			

備考 必要に応じて画像診断のフィルム、検査記録を添付してください。

予約お問い合わせ先：神戸医療センター 地域医療連携室直通 TEL (078) 795-6584