年　　月　　日

診療情報提供書(紹介状) ・ 外来予約申込書

科	医療機関名			
	所 在 地			
	電 話 番 号	－　　－	FAX番号	－　　－
先生	医 師 名	（ 申込担当:　　）		

●ご希望の診療科に✔をお願い致します。　　（★）: 完全予約制の診療科です。

診療科	☐ 総合内科	☐ 呼吸器内科	☐ 消化器内科	☐ 循環器内科	☐ 糖尿病代謝内科
	☐ 血液内科	☐ 腫瘍内科	☐ 脳神経内科（★）	☐ 膠原病リウマチセンター（★）	
	☐ 精神科（★）	☐ 放射線診断科	☐ 放射線治療科（★）		
	☐ 消化器外科	☐ 呼吸器外科	☐ 乳腺科（★）	☐ 整形外科	☐ 眼科
	☐ 皮膚科（★）	☐ 婦人科	☐ 婦人腫瘍科	☐ 泌尿器科（★）	☐ 耳鼻咽喉科
	☐ 形成外科	☐ 脳神経外科	☐（　　）科		

フリガナ		男性・女性	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　　月　　日　　歳
患者氏名	（旧姓:　　）			
住所	〒　　－	電話番号	（　　）　　－	
診断名		主訴		

《紹介目的・既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方等》

受診希望日	第1希望　　月　　日（　　）	第2希望　　月　　日（　　）	☐ 特になし
	ご都合の悪い日程（　　）	☐ 予約申込日 翌日の予約でも可能	

申込先	神鋼記念病院 地域医療連携室 FAX:078-261-6728（直通）　電話:078-261-6739（直通） ＜受付時間＞月曜日～金曜日:8時30分～19時　土曜日:8時30分～12時