

## 診療情報提供書(紹介状)・外来予約申込書

科 先生	医療機関名			
	所在地			
	電話番号	- - -	FAX番号	- - -
	医師名	(申込担当: )		

●ご希望の診療科に✓をお願い致します。※新規受け入れを停止しております (★)完全予約制となっております

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

フリガナ		男性 女性	生年 月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	(旧姓: )			年 月 日 歳
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 ( )	<input type="checkbox"/> 特になし
	ご都合の悪い日程 ( )		<input type="checkbox"/> 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
-----	---