

診療情報提供書 (外来受診 ・ 検査 ・ 入院 依頼書)

市立芦屋病院 地域連携室直通【TEL】0797-22-3570・【FAX】0797-22-3319

平成 年 月 日

ふりがな		性別
患者氏名		男
		女
	()	歳
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	
患者住所	〒	
電話番号	()	—

保険者番号 継続 有・無

--	--	--	--	--	--	--	--

記号・番号 ○でかこむ

--	--	--	--	--	--	--	--

本人 ・ 家族

公費負担者番号・受給者番号

受診希望日 _____

希望医師 _____

診 察	内 科	緩 和 ケ ア	小 児 科	外 科	産 婦 人 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	整 形 外 科	皮 膚 科	形 成 外 科	ペ イ ン

検 査	MR I		C T		心 臓 冠 動 脈	マ ン モ グ ラ フ イ	透 視		内 視 鏡		エ コ ー		ト レ ッ ド ミ ル
	単 純	造 影	単 純	造 影			上 部 消 化 管	大 腸	上 部 消 化 管 (<small>経口</small>)	上 部 消 化 管 (<small>経鼻</small>)	大 腸	頸 部	
	部		位										

- ※耳鼻咽喉科は、月・火・木・金曜日のみ。
- ※皮膚科は、月・火・水・金曜日のみ。
- ※形成外科は火曜日のみ。
- ※ペインは、水曜日のみ。

CD-R
所見のみ

※内視鏡検査ご予約の場合 抗凝固薬の処方 有 / 無 有の場合の薬品名 ()

入院依頼の場合お部屋の希望に○をお願いします (個室 ・ 総室) (開放型病床希望・病院に一任)

傷病名
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

※この用紙は、カルテ作成や医事業務にも使用いたしますので、直接当院の医師に予約された場合であっても、必ずお送り下さい。なお、午後7時30分以降のFAXについては、翌日の受付とさせていただきます。

医療機関 の所在地 及び名称 紹介医 TEL/FAX	
--	--