

# 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

令和 年 月 日

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

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	MRI		CT		心臓冠動脈	マンモグラフィ	骨密度(DEXA)	透視		内視鏡		エコー	
	単純	造影	単純	造影				上部消化管	大腸	上部消化管(経口)	上部消化管(経鼻)	大腸	頸部
	部位												

※ 当日検査結果持参(あり・なし)

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、必ず送付してください。なお、午後6時00分以降(木曜のみ午後5時00分)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	
--------------------------------	--