

依頼元医療機関名

住所
医師名
電話番号
F A X

平成 年 月 日 当院使用欄

ふりがな		性別	宝塚市立病院受診歴
氏名		男・女	有・無
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ()歳		
住所	TEL ()		

被保険者証

保険者		割合	
被保険者氏名		続柄	1 本人 2 家族

受給者証

公費		割合	
----	--	----	--

○患者様の予約回答待ち状況

- ご紹介元医療機関にて外来待機中
- 帰宅されている
- ご紹介元医療機関にて入院中

患者の状態・搬送手段

- 徒歩
- 車イス
- ストレッチャー

診察希望日

月 日 ()

★当日の受診・緊急の場合は各診療科へ直接ご連絡ください

0797-87-1161 (代表)

希望医師		先生	<input type="checkbox"/> 医師同士の相談済み
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総合内科	糖尿病科	神経内科	血液内科
リウマチ科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科
腫瘍内科	小児科	整形外科	形成外科
脳神経外科	呼吸器科	皮膚科	泌尿科
耳鼻咽喉科	めまい	産婦人科	緩和科
歯科	放射線		
主訴 傷病名	◆必ずご記入いただく診療情報提供書の添付をお願い致します◆		
<input type="checkbox"/> 栄養相談(外科)	・病名() ・身長()cm ・体重()kg		
	・熱量()kcal ※予約日までに診療情報提供書をFAXで送ってください。		

【予約時のお願い】

- ★ 予約申し込み時に診療情報提供書が必要な診療科
・血液内科 ・リウマチ科 ・整形外科 ・呼吸器内科 ・糖尿病内科
その他の診療科でも医師の判断が必要な場合は診療情報提供書を先に頂く場合がございます。
- ★ 受診当日からの入院加療が必要と思われる場合は、直接当該診療科にご連絡ください。
0797-87-1161
- ★ 予約申し込みはFAXでお願い致します。
- ★ セカンドオピニオン外来をご希望の場合は、地域医療室までご連絡ください。
- ★ 医師の判断が必要な場合と、夜間体制となります17時以降は、予約をお取りするのに時間がかかる場合がございます。

申込書(この用紙)は紹介状になりませんのでご注意ください。

入力確認	予約票確認	一覧表入力	予約
			/