

依頼元医療機関
住 医 電 F
所 師 話 A
名 番 号 X

平成 年 月 日 当院使用欄

—	—

※太枠内は必ずご記入ください

フリガナ		性別	宝塚市立病院受診歴
氏名		男・女	有・無・不明
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ()歳		
住所	〒		
電話番号	<input type="checkbox"/> 固定電話: <input type="checkbox"/> 携帯電話: ※ 日中連絡が取れるようにチェックしてください。		
○希望日	○不可日		
○患者様の予約回答待ち状況	○来院方法		
<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中↓	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車イス		

★入院中で受診される場合、会計算定に関する用紙を必ずお渡しください。

希望医師 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	先生	<input type="checkbox"/> 医師同士で電話相談済み
<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 神内	<input type="checkbox"/> 血液内科
<input type="checkbox"/> リウマチ科	<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"/> 腎臓科	<input type="checkbox"/> 腫瘍科
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 緩和科	<input type="checkbox"/> 泌尿科
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 放射線診断科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
主訴 傷病名	◆必ずご記入ください◆	
<input type="checkbox"/> 放射線治療科 ※申込時には別途専用の紹介状（診療情報提供書）をご利用ください		
<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 ・放射線治療科
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。
- ★ 当日の緊急受診(11時～17時)または、入院加療が必要と思われる場合は、
代表番号より「〇〇科の救急当番医師につないでください」とご連絡ください。
0797-87-1161(代表)
- ★ 予約申し込みはFAXでお願い致します。
- ★ 医師の判断が必要な場合・夜間体制の17時以降は予約に時間がかかる場合がございます。
- ★ 緩和ケア内科の申込みは、面談日の1週間前に受診確認をす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