

依頼元医療機関
住 医 師 所 名
電 話 番 号
F A X

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・令	年	月 日 () 歳
住 所	〒		
電 話 番 号	ご自宅	携帯電話	

*複数希望日をご記入ください。

○希望日	□いつでも可
○患者様の待ち状況 (お待ちの方から順番にお取りしています。)	○来院方法
□ 外来待機中 □ 帰宅 □ 入院中	□ 独歩 □ ストレッチャー □ 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 □なし □あり	医師 □ 医師同士で電話相談済み
<input type="checkbox"/> 総合内 <input type="checkbox"/> 神経内 <input type="checkbox"/> 血液内 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 呼吸内 <input type="checkbox"/> 消化内 <input type="checkbox"/> 循環内 <input type="checkbox"/> 腎臓内 <input type="checkbox"/> 腫瘍内 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 整形 <input type="checkbox"/> 脳形成 <input type="checkbox"/> 呼吸外 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 産婦人 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 放射線診断	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 ※紹介状の宛先は【栄養相談:担当医】でお願い致します。 ・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で送付してください。

【予約時のお願い】 ※セカンドオピニオンをご希望の場合は、専用の申込書でお願い致します。

- ★ 予約申し込み時に必ず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 ・緩和ケア内科

その他の診療科も受診日までに、診療情報提供書をFAX頂ければ幸いです。

- ★ 緊急受診または入院加療が必要と思われる場合は、予めお知らせしているホットラインにご連絡ください。
- ★ 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2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。

予約者	確認者