

神戸市立神戸アイセンター病院  
FAX予約申込書・診療情報提供書（紹介状）

FAX送信先：078-381-9705 事務局

お問い合わせ先：078-381-9876（土日祝除く9時～17時）

申込日 年 月 日

神戸市立神戸アイセンター病院

医療機関名：

先生

住所：〒

医師名：

電話番号：

FAX：

送信者：

フリガナ		性別	当院の受診歴
患者氏名		男女	有 ・ 無 ・ 不明 神戸市立医療センター中央市民病院の受診歴 有 ・ 無 ・ 不明
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）		
住所	〒 自宅 TEL： 連絡先 TEL：		
診断名		主訴	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他：		
予約希望日	第1希望： 月 日（ ） 第2希望： 月 日（ ） その他：		
患者さんの待ち状況	<input type="checkbox"/> 外来待機中		

予約を急がれる場合は上欄までご記入のうえ送信ください。後ほど下欄の診療経過等をお知らせください。

①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現症状 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方等

<input type="checkbox"/> 別紙参照
-------------------------------

- 注1）必要に応じて検査データなどを添付してください。  
注2）貴院の紹介状に必要事項を記載できる場合は、貴院の紹介状をお使い頂いても差し支えありません。  
注3）医師の指名がない場合は、「担当医」宛でお願いします。