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：

Ｆ　Ａ　Ｘ：　　送信者：

フリガナ		性別	当院の受診歴 有　・　無　・　不明
患者氏名		男 女	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	□診察　□入院　□手術　□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	□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
□　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。
注４）ロービジョン外来については、「担当医」宛でお送りください。

2022. 2. 28 改定