

# 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

年 月 日

神戸市立神戸アイセンター病院

医療機関名  
住 所 〒

先生

医師名：

電 話： - -

F A X： - -

(フリガナ) 患者氏名	( ) 男・女	神戸市立神戸アイセンター病院 受診歴 有 ・ 無
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	神戸市立医療センター中央市民病院 <u>眼科受診歴</u> 有 ・ 無
住 所	〒 電話：(自宅) - - (連絡先) - -	
診 断 名		主 訴
紹介目的	1 診察 2 入院 3 手術 4 その他 ( )	
予約希望日	第1 ( 月 日 / 曜日)	第2 ( 月 日 / 曜日)

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

外来予約申込済み（下欄追記の場合チェックを入れてください。）

診療経過・病状

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、部長名ではなく「担当医」宛でお願いします。