

# 神戸大学医学部附属病院 紹介予約申込書(外来)

地域医療推進室 宛 FAX (078)382-5265

※ 以下ご記入のうえ、紹介状を必ず添えてFAX送信してください。

## 【紹介元データ】

申込日 平成 年 月 日

貴院医療機関名			
住所 〒			
代表TEL ( )	—	診療科	医師名
担当TEL ( )	—	申込担当者名	
※ FAX(必須) ( )	—		

## 【予約希望診療科】 希望の診療科に○印をつけてください。※ 紹介状にも希望診療科をご記入ください。

内科	<input type="checkbox"/>	循環器内科	内科系	<input type="checkbox"/>	放射線科	外科系	<input type="checkbox"/>	整形外科
	<input type="checkbox"/>	腎臓内科		<input type="checkbox"/>	放射線腫瘍科		<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科
	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科		<input type="checkbox"/>	小児科		<input type="checkbox"/>	脳神経外科
	<input type="checkbox"/>	膠原病リウマチ内科 *(旧)免疫内科・(旧)リウマチ科		<input type="checkbox"/>	遺伝子診療部		<input type="checkbox"/>	眼科
	<input type="checkbox"/>	消化器内科		<input type="checkbox"/>	皮膚科		<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉・頭頸部外科
	<input type="checkbox"/>	糖尿病・内分泌内科		<input type="checkbox"/>	精神科神経科		<input type="checkbox"/>	泌尿器科
	<input type="checkbox"/>	神経内科		<input type="checkbox"/>	メモリー外来(精神科神経科)		<input type="checkbox"/>	産科婦人科
	<input type="checkbox"/>	メモリー外来(神経内科)		<input type="checkbox"/>	緩和支援診療科		<input type="checkbox"/>	形成外科
	<input type="checkbox"/>	腫瘍・血液内科		<input type="checkbox"/>	食道胃腸外科		<input type="checkbox"/>	美容外科[自費診療]
	<input type="checkbox"/>	血液内科		<input type="checkbox"/>	肝胆膵外科		<input type="checkbox"/>	麻酔科・ペインクリニック科
	<input type="checkbox"/>	感染症内科		<input type="checkbox"/>	乳腺内分泌外科		<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科
	<input type="checkbox"/>	漢方内科		<input type="checkbox"/>	心臓血管外科			
	<input type="checkbox"/>	総合内科		<input type="checkbox"/>	呼吸器外科			
				<input type="checkbox"/>	小児外科			

## 【患者さんデータ】 ※選択するものは□にレ点を入れてください。太枠内は記入必須です。

氏名	フリガナ	生年月日	明・大 年 月 日( 歳)	
	男・女		昭・平	
	旧姓( ) ※お分かりでしたら記入ください	TEL	( )	—
患者さん受診状況	<input type="checkbox"/> 家族のみの受診 「自費扱い(10割負担)になる場合があります」	神大病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 診察券ID番号 ( )	
外国の方の受診の際	①日本語は話せますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(不可の場合は何語が話せますか? 語) ②日本語を話すこと、理解することができる方は同行されますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 上記(①・②)がはいの場合、通訳の手配が必要ですか? <input type="checkbox"/> はい( 語)(一部負担金が発生します) <input type="checkbox"/> いいえ			
予約希望	ご都合の悪い日( ) ※ご都合の悪い日を除く最短日でご予約します			
緊急性(病状)	<input type="checkbox"/> 有(理由: )			
摘要 (連絡事項)				

予約日確定後、連携ご担当部署へ「予約受付票」をFAXいたします。

診療科、医師によってはお返事にお日にちをいただく場合がございます。

※ 一旦確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず貴院を通じてご連絡ください。

また、度重なる予約変更はお避けくださいますようお願いいたします。

※ セカンドオピニオンは別途専用申込書にてお申し込みください。

※ 受付時間(平日 月～金 8:30～17:00)以降のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお取り扱いとなります。FAXは24時間受付しております。

予約専用お問い合わせ先 TEL (078)382-5264

予約以外のお問い合わせ先 TEL (078)382-6627