

神戸大学医学部附属病院 国際がん医療・研究センター

紹介予約申込書

患者支援室 予約担当宛

FAX番号

(078)ー302ー7169

★以下をご記入の上、診療情報提供書を必ず添えてFAX送信して下さい。

【紹介元データ】

申込日 年 月 日

貴院名			
住所 〒			
代表TEL ()	—	診療科	
担当TEL ()	—	医師名	
FAX (必須) ()	—	申込担当者名	

【診療希望診療科】 ★希望の診療科に○印をつけて下さい。

☐	泌尿器科	☐	呼吸器外科
☐	形成外科	☐	整形外科
☐	食道胃腸外科	☐	消化器内科
☐	肝胆膵外科	☐	

※泌尿器科外来は金マーカー、スペーサー留置目的の診察のみです。

※耳鼻咽喉科(アルミノックス外来)は別紙申込書をご利用ください。

※KM-CART希望の方は食道胃腸外科の外来予約を取得して下さい。

【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。

氏名	フリガナ	生年月日	☐ 大正 ☐ 平成
	☐ 男 ☐ 女		☐ 昭和 ☐ 令和
旧姓 () *おわかりでしたらご記入をお願いします。		TEL	() —
住所	〒	神戸大学病院受診歴	
		☐ 有 ☐ 無 (ID:)	
		保険情報 (必ずご記入ください)	
※添付していただく診療情報提供書に住所の記載がある場合は記載不要		☐ 国保・後期 ☐ 社保 ☐ 生保 ☐ 労災 ☐ 自費	
外国人の方は以下を必ずご確認ください			
外国籍の方、日本の公的医療保険をお持ちでない方は 診療報酬1点30円で計算されることを了承している ☐ はい		日本語会話 ☐ 可 ☐ 不可 (語)	
在留カードの所有 ☐ 有 ☐ 無		日本語会話可能な言語 ☐ 可 ☐ 不可 (語)	
海外保険の利用 ☐ 有 ☐ 無		日本語会話可能な方の付き添い ☐ 有 ☐ 無	
		同行通訳 ☐ 要 ☐ 不要	
患者さんの 予約 希望日	☐ 申込み日の翌日でも可 ☐ いつでも良い		
	第一希望日 月 日 第二希望日 月 日		
	※上記の希望日以外に予約希望(曜日等)がございましたら、備考欄にご記入お願いいたします。		
※原則、予約変更はお避けくださいますようご協力をお願いいたします。			
患者さんの 予約回答待ち状況	☐ 貴院外来にて 待機中	備考	

※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。

※受付時間(平日 月～金 8:30～17:00(祝日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です。)

※受付時間外のお申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。

お問い合わせ先 代表TEL (078) 302-7111 (電話対応は平日 8:30～17:15 月～金 のみ)

2025/2/5更新