

神戸大学医学部附属病院 紹介予約申込書（外来）

No. 1

患者支援センター地域連携部門 予約担当 宛 FAX (078) 382-5265

すぐに詳細な診療情報提供書をご準備できない場合、本用紙及び別添コード表のみでお申込みを承ります。なお、診療情報提供書・検査データ等は、申込当日中にFAX送付お願いします。※別添コード表の備考に「申込時：紹介状必要」と記載されている場合は、申込時に診療情報提供書を併せて送付をお願いします。※FAXの枚数が15枚以上になる場合は、送付前に下記予約専用お問い合わせ先（078-382-5264）までお電話ください。

※当日受診・救急外来受診・転院相談などをご希望の際は直接診療科へお問い合わせください。

代表 (078) 382-5111

【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 | |

| | | | | | |
|------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|--|
| 緊急性あり (症状) | <input checked="" type="checkbox"/> 翌日受診希望 | <input type="checkbox"/> 1週間以内の受診希望 | <input type="checkbox"/> 入院となる可能性あり | 現在の入院状況 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 希望医師 | <input type="checkbox"/> 有(医師) <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 受診目的 | <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> その他 () | 傷病名 主訴・症状 | 診療情報提供書・検査データ等は、申込当日中にFAX送付をお願いします。 | | |

【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 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 |
| | □男 □女 | | 年 月 日 (歳) |
| | 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ID:) | | |
| | 保険情報 (必ずご記入ください) | | |
| | 旧住所 () 旧姓・旧住所の確認のため、ご連絡させていただく場合がございます | <input type="checkbox"/> 国保・後期 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> はい | 日本語会話 会話可能な言語 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (語) |
| 在留カードの所有 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 日本語会話可能な方の付き添い | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 海外保険の利用 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 同行通訳(※有料、別紙をご記入ください) | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 |
| 患者さんの予約希望日 | <input type="checkbox"/> 申込み日の翌日でも可 <input type="checkbox"/> 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、備考欄にご記入をお願いいたします。 ※原則、予約変更はお避けくださいますようお願いいたします。 | |
| 患者さんの予約回答待ち状況 | <input type="checkbox"/> 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。

※FAX受信後にご担当部署へ30分以内を目途に「予約受付票」をFAXいたします。

(返信までに時間を要する診療科については別添コード表を参考にしてください。)

※受付時間(平日 月~金 8:30~19:00、土 9:00~12:00(祝日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です。)

・診療科、医師によっては当日のお返事ができない場合がございます。

・平日17:00~19:00、土曜日の受付では翌日受診のご希望を頂いても対応できない場合がございますので、ご了承ください。

予約専用お問い合わせ先 TEL (078) 382-5264 (電話対応は平日 8:30~17:00 月~金 のみ) 2024年7月更新

【内科・内科系コード表】

- ・コード表と紹介予約申込書と併せてFAXで送付して下さい。希望医師がある場合は1枚目に必ずご記入下さい。
- ・コード表は毎月初めに更新していますので、お手数ですが、病院のホームページでご確認をお願いいたします。
(「神戸大学病院HP→「医療機関の方」をクリック→「紹介予約申込書」)

患者シメイ

***は診療科にて調整が必要なため当日のお返事が難しい場合がございます**

✓をつけてお送りください。

2024年 7月 1日現在

| <input checked="" type="checkbox"/> | コードNo. | 診療科 | 診察曜日 | 備考 |
|-------------------------------------|--------|-------------------------------|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 29-1 | 循環器内科(不整脈) | 火・木・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 29-2 | 循環器内科(成人先天性心疾患) | 水 | |
| <input type="checkbox"/> | 29-3 | 循環器内科(肺高血圧症) | 火・水 | |
| <input type="checkbox"/> | 29-4 | 循環器内科(虚血性心疾患・下肢閉塞性動脈疾患) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 29-5 | 循環器内科(上記以外) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 25 | 腎臓内科 | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 21-1 | 呼吸器内科(睡眠時無呼吸症候群) | 火 | |
| <input type="checkbox"/> | 21-2 | 呼吸器内科(禁煙外来) | 火 | |
| <input type="checkbox"/> | 21-3 | 呼吸器内科(上記以外) | 月・水・木・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 27 | 膠原病リウマチ内科 | 月～金 | (木は第2～5週のみ) |
| <input type="checkbox"/> | 20-1 | 消化器内科(消化管・内視鏡治療) | 月～金 | (アカラシアは月・金のみ) |
| <input type="checkbox"/> | 20-2 | 消化器内科(消化管・炎症性腸疾患) | 月・火・木・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 20-3 | 消化器内科(消化管・化学療法) | 月・火・水 | |
| <input type="checkbox"/> | 20-4 | 消化器内科(胆膵疾患) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 20-5 | 消化器内科(肝疾患) | 月～木 | |
| <input type="checkbox"/> | 46-1 | 糖尿病・内分泌内科(糖尿病・肥満) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 46-2 | 糖尿病・内分泌内科(内分泌) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 46-3 | 糖尿病・内分泌内科(栄養・減量) | 月・水 | (栄養指導予約用紙必要) |
| <input type="checkbox"/> | 22-1 | 脳神経内科【完全予約制】 | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 22-2 | 脳神経内科(てんかん)【完全予約制】 | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 22-3 | 脳神経内科(神経免疫)【完全予約制】 | 月・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 22-4 | 脳神経内科(首下がり外来)【完全予約制】 | 月(第1・2・4週のみ) | |
| <input type="checkbox"/> | 22-5 | 脳神経内科(メモリー外来)【完全予約制】 | 月・火・水・金 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | *42-1 | 腫瘍・血液内科(血液)【完全予約制・血液データ送付必須】 | 月～金 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | *42-2 | 腫瘍・血液内科(固形)【完全予約制・血液データ送付必須】 | 月～金 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | *48 | 血液内科【血液データ送付必須】 | 火～木 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | 51 | 感染症内科 | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 43 | 漢方内科 | 水・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 41 | 総合内科 | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | *13 | 放射線診断・IVR科 | 月～木 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | *53 | 放射線腫瘍科【完全予約制】 | 月～金 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | 12-1 | 小児科(新生児・乳児) | 水・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 12-2 | 小児科(神経・発達) | 月・火・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 12-3 | 小児科(血液) | 火 | |
| <input type="checkbox"/> | 12-4 | 小児科(筋・代謝・内分泌) | 火・水・木 | |
| <input type="checkbox"/> | *12-5 | 小児科(腎臓・IBD) | 月・水・木 | (木・IBDのみ) |
| <input type="checkbox"/> | 12-6 | 小児科(循環器) | 金(第1・3・5週) | |
| <input type="checkbox"/> | *45-1 | 遺伝子診療部【完全予約制】 | 月～金 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | *45-2 | がんゲノム検査・がんゲノム医療外来 | 月～金 | (疾患により指定曜日あり) |
| <input type="checkbox"/> | 14-1 | 皮膚科(先天性表皮水疱症) | 月 | |
| <input type="checkbox"/> | 14-2 | 皮膚科(色素性乾皮症) | 月・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 14-3 | 皮膚科(発汗異常症) | 水・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 14-4 | 皮膚科(その他) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | *11-1 | 精神科神経科【完全予約制】 | 月～金 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | *11-2 | 精神科神経科(メモリー外来) | 火・水・木 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | *11-3 | 精神科神経科(児童・AYA) | 火・水・金 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | *11-4 | 精神科神経科(ギャンブル) 金 (アルコール)第2・4 木 | | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | *59 | 緩和支援診療科【完全予約制】(医師の指定は出来ません) | 月・火・水・金 | 申込時：紹介状必要 |

受診希望診療科のコード表のみお送りください。

【外科・外科系コード表】

NO.3

- ・コード表と紹介予約申込書と併せてFAXで送付して下さい。希望医師がある場合は1枚目に必ずご記入下さい。
- ・コード表は毎月初めに更新していますので、お手数ですが、病院のホームページでご確認お願いいたします。
(「神戸大学病院HP」→「医療機関の方」をクリック→「紹介予約申込書」)

患者シメイ

***は診療科にて調整が必要なため当日のお返事が難しい場合がございます**

✓をつけてお送りください。

2024年 7月 1日現在

| ☑ | コードNo. | 診療科 | 診察曜日 | 備考 |
|--------------------------|--|------------------------------|-----------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 31-1 | 食道胃腸外科 (ヘルニア・痔) | 月・火・水・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 31-2 | 食道胃腸外科 | 月・火・水・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 30-1 | 肝胆膵外科 | 火・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 30-2 | 肝胆膵外科 (移植) | 火・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 33 | 乳腺内分泌外科 | 月～水 | |
| <input type="checkbox"/> | 36 | 心臓血管外科 | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 32 | 呼吸器外科 | 月・火・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 34 | 小児外科 | 月・火・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 7-1 | 整形外科 (脊椎) | 月・火・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 7-2 | 整形外科 (腫瘍) | 月・水 | |
| <input type="checkbox"/> | 7-3 | 整形外科 (股関節・人工関節) | 月・水 | |
| <input type="checkbox"/> | 7-4 | 整形外科 (膝関節・人工関節) | 月・水・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 7-5 | 整形外科 (膝関節・スポーツ) | 月・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 7-6 | 整形外科 (外傷) | 火・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 7-7 | 整形外科 (上肢) | 月・木・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 7-8 | 整形外科 (足・リウマチ) | (足)水(リウマチ)月.水.木 | |
| <input type="checkbox"/> | 7-9 | 整形外科 (骨粗鬆症) | 月 | |
| <input type="checkbox"/> | 56 | リハビリテーション科 | 月・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 6 | 脳神経外科【完全予約制】 | 月～金 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | 10-1 | 眼科 (緑内障・神経・斜視(成人)) | 火・水・木・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 10-2 | 眼科 (網膜・硝子体) | 月・火・水・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 10-3 | 眼科 (小児・斜視(小児)) | 水 | |
| <input type="checkbox"/> | 10-4 | 眼科 (ぶどう膜炎・眼炎症) | 月・水 | |
| <input type="checkbox"/> | 10-5 | 眼科 (角膜) | 木・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 10-6 | 眼科 (甲状腺眼症・眼窩・腫瘍) | 火・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 10-7 | 眼科 (上記以外) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 9-1 | 耳鼻咽喉・頭頸部外科 (悪性腫瘍・疑い含む) | 火・水 | |
| <input type="checkbox"/> | 9-2 | 耳鼻咽喉・頭頸部外科 (耳・難聴) | 月・火・木 | |
| <input type="checkbox"/> | 9-3 | 耳鼻咽喉・頭頸部外科 (めまい) | 火 | |
| <input type="checkbox"/> | 9-4 | 耳鼻咽喉・頭頸部外科 (唾液腺・甲状腺) | 火・水 | |
| <input type="checkbox"/> | 9-5 | 耳鼻咽喉・頭頸部外科 (喉頭・音声・嚥下) | 水 | |
| <input type="checkbox"/> | 9-6 | 耳鼻咽喉・頭頸部外科 (鼻・嗅覚) | 木 | |
| <input type="checkbox"/> | 9-7 | 耳鼻咽喉・頭頸部外科 (顔面神経麻痺) | 木 | |
| <input type="checkbox"/> | 9-8 | 耳鼻咽喉・頭頸部外科 (上記以外) | 月・火・水・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 15-1 | 泌尿器科 | 月・火・水・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 15-2 | 泌尿器科 (腎移植) | 火・水 | |
| <input type="checkbox"/> | 15-3 | 泌尿器科 (男性不妊・男性更年期) | 水・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 8-1 | 産科婦人科 (産科) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 8-2 | 産科婦人科 (婦人科・腫瘍・その他) | 月・水・木・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 8-3 | 産科婦人科 (婦人科・ヘルスケア・内分泌) | 月・火 | 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | 8-4 | 産科婦人科 (NIPT) | 月～木 | 自費 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | 8-5 | 産科婦人科 (プレコンセプション (妊娠前相談)) | 火・水・金 | 自費 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | 8-6 | 産科婦人科 (母子感染) | 月・木 | 自費 申込時：紹介状必要 |
| <input type="checkbox"/> | 19-1 | 形成外科・美容外科 形成(顔面骨骨折・緊急性のある疾患) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | 19-2 | 形成外科・美容外科 形成(上記以外) | 月～金 | |
| <input type="checkbox"/> | * 49 | 形成外科・美容外科 美容【自費診療・完全予約制】 | 月・火 (レーザーのみ) | 申込時：紹介状必要 (オペはお受けできません) |
| <input type="checkbox"/> | 16 | 麻酔科・ペインクリニック科【完全予約制】 | 月・火・木・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 50-1 | 歯科口腔外科 | 月・火・木・金 | |
| <input type="checkbox"/> | 矯正歯科(顎変形症含む)【完全予約制】については、外来に直接お問い合わせください。 歯科外来 078-382-6956 (平日 9:00~15:30) | | | |

受診希望診療科のコード表のみお送りください。