

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。

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

【紹介元データ】

申込日 平成 年 月 日

紹介元医療機関名			
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・医師】 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・内科学系	循環器内科	外科・外科学系	放射線腫瘍科	その他	耳鼻咽喉・頭頸部外科
	腎臓内科		小児科		泌尿器科
	呼吸器内科		遺伝子診療部		産科婦人科
	膠原病リウマチ内科 * (旧)免疫内科・(旧)リウマチ科		皮膚科		形成外科
	消化器内科		精神科神経科(※専門外来を除く)		美容外科[自費診療]
	糖尿病・内分泌内科		食道胃腸外科		麻酔科・ペインクリニック科
	神経内科 * メモリー外来は右枠を選択ください		肝胆膵外科		歯科口腔外科
	腫瘍・血液内科		乳腺内分泌外科		メモリー外来 ※精神科神経科/神経内科 * 指定の科があれば○してください
	血液内科		心臓血管外科		※精神科神経科の専門外来 (こども思春期外来)の予約は 外来へ直接ご連絡ください。 [精神科神経科外来] TEL (078)382-6945
	感染症内科		呼吸器外科		
	漢方内科		小児外科		
	総合内科		整形外科		
	放射線科		リハビリテーション科		
			脳神経外科		
	眼科				
予約希望医師名		医師	医師同士の相談	有・無	
※予約希望医師名は特に希望される場合のみご記入ください。					

【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。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 予約回答 待ち状況	<input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて入院中 <input type="checkbox"/> 帰宅され、ご紹介元医療機関より連絡待ち <input type="checkbox"/> その他()		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	・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) ・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		
予約希望	・第1希望 月 日 ・第2希望 月 日 <input type="checkbox"/> ご希望日なし		ご都合の悪い日()	
摘要 (連絡事項)				

予約受付完了後、連携ご担当部署へ「診察予約受付票」をFAXいたします。

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。

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

※ 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、翌業務日以降のお返事となります。FAXは24時間受付しております。