

神戸大学医学部附属病院 紹介予約申込書(外来)
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、本用紙のみでお申込みを承ります(*印の診療科は除く)。
 *印以外の診療科の診療情報提供書・検査データ等は、申込当日中にFAX送付してください。

【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

【予約希望診療科】希望の診療科に○印をつけてください。**※診療情報提供書にも希望診療科をご記入ください。**

内科	循環器内科(下記のいずれかを選択)	外科系	*放射線診断・IVR科	外科系	整形外科
	不整脈		*放射線腫瘍科		*脳神経外科
	不整脈以外の疾患		小児科		眼科
	消化器内科		*遺伝子診療部		耳鼻咽喉・頭頸部外科
	腎臓内科		皮膚科		泌尿器科
	呼吸器内科		*精神科神経科		産科婦人科
	膠原病リウマチ内科		*メモリー外来(精神科神経科)		形成外科
	糖尿病・内分泌内科		肝胆膵外科		美容外科[自費診療]
	脳神経内科		食道胃腸外科		麻酔科・ペインクリニック科
	*メモリー外来(脳神経内科)		乳腺内分泌外科		歯科口腔外科
	*腫瘍・血液内科(血液データ必須)		心臓血管外科		リハビリテーション科
	*血液内科(血液データ必須)		呼吸器外科		
	感染症内科		小児外科		
	漢方内科		*がんゲノム検査・がんゲノム医療外来(血液データ必須)		
	総合内科				

*印は申込時に診療情報提供書が必須の診療科となっています。本用紙とあわせて診療情報提供書のFAX送付をお願いいたします。

緊急性(病状)	<input type="checkbox"/> 有(理由:) ※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。	希望医師	<input type="checkbox"/> 有 (医師) ・ <input type="checkbox"/> 無 【医師同士相談 <input type="checkbox"/> 有 (医師) ・ <input type="checkbox"/> 無】
傷病名 主訴・症状		受診目的	

【患者さんデータ】 ※選択するものは□にシ点をを入れてください。

氏名	フリガナ	生年月日	大正 平成 年 月 日 (歳) 昭和 令和
	男・女		TEL
住所	〒	外国人の方	
	旧住所()	日本語での会話 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 会話可能な言語 () 日本語がわかる方の付き添い <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
神戸大学病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID:) <input type="checkbox"/> 無	※旧姓・旧住所の確認のため、貴院へご連絡させていただく場合がございます。ご了承ください。	
患者さんの予約 回答待ち状況	<input type="checkbox"/> 患者待機中/現在の入院の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険情報	<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
予約希望	<input type="checkbox"/> 申込日の翌日の予約でも可 <input type="checkbox"/> いつでも良い		
	第一希望日 月 日	第二希望日 月 日	
備考	※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。		

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。
 なお、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。ご了承ください。
 ※ 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。
 ※ 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 8:30～19:00、土 9:30～12:30(祝日・年末年始は除く))以外のお申し込みにつきましては、
 翌診療日のお取り扱いとなります。FAX受信は24時間可能です。

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