

# 診療情報提供書 (外来受診・検査・入院 依頼書)

市立芦屋病院 地域連携室 FAX 0797-22-3319

平成 年 月 日

ふりがな		性別	
患者氏名		男	
		女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	( 歳 )	
患者住所	〒		
電話番号	( ) -		

保険者番号	継続	有・無	
記号・番号 ○でかこむ			
			本人・家族
公費負担者番号・受給者番号			

受診希望日 年 月 日	希望医師 医師																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>内</td><td>腫</td><td>小</td><td>外</td><td>泌</td><td>産</td><td>眼</td><td>耳</td><td>整</td><td>歯</td><td>皮</td><td>麻</td> </tr> <tr> <td>科</td><td>瘍</td><td>児</td><td>科</td><td>尿</td><td>婦</td><td>科</td><td>鼻</td><td>形</td><td>科</td><td>膚</td><td>酔</td> </tr> <tr> <td>科</td><td>内</td><td>科</td><td>科</td><td>器</td><td>人</td><td>科</td><td>咽</td><td>外</td><td>科</td><td>科</td><td>科</td> </tr> <tr> <td>科</td><td>科</td><td>科</td><td>科</td><td>科</td><td>科</td><td>科</td><td>喉</td><td>科</td><td>科</td><td>科</td><td>科</td> </tr> </table> <p>* 麻酔科は、月・水・木曜日のみ。 * 皮膚科は、火曜日・金曜日のみ。</p>	内	腫	小	外	泌	産	眼	耳	整	歯	皮	麻	科	瘍	児	科	尿	婦	科	鼻	形	科	膚	酔	科	内	科	科	器	人	科	咽	外	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	喉	科	科	科	科	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>単</td><td>造</td><td>単</td><td>造</td><td>胃</td><td>注</td><td>胃</td><td>大</td><td>E</td><td>腹</td><td>心</td><td>ト</td> </tr> <tr> <td>純</td><td>影</td><td>純</td><td>影</td><td>透</td><td>腸</td><td>カ</td><td>腸</td><td>R</td><td>部</td><td>エ</td><td>レ</td> </tr> <tr> <td>部</td><td>M</td><td>C</td><td>T</td><td>視</td><td>透</td><td>メラ</td><td>ファイ</td><td>C</td><td>エ</td><td>コー</td><td>ッド</td> </tr> <tr> <td></td><td>R</td><td>T</td><td></td><td></td><td>視</td><td></td><td>バー</td><td>P</td><td>コー</td><td></td><td>ミ</td> </tr> <tr> <td></td><td>部</td><td>位</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>ル</td> </tr> </table>	単	造	単	造	胃	注	胃	大	E	腹	心	ト	純	影	純	影	透	腸	カ	腸	R	部	エ	レ	部	M	C	T	視	透	メラ	ファイ	C	エ	コー	ッド		R	T			視		バー	P	コー		ミ		部	位									ル
内	腫	小	外	泌	産	眼	耳	整	歯	皮	麻																																																																																																		
科	瘍	児	科	尿	婦	科	鼻	形	科	膚	酔																																																																																																		
科	内	科	科	器	人	科	咽	外	科	科	科																																																																																																		
科	科	科	科	科	科	科	喉	科	科	科	科																																																																																																		
単	造	単	造	胃	注	胃	大	E	腹	心	ト																																																																																																		
純	影	純	影	透	腸	カ	腸	R	部	エ	レ																																																																																																		
部	M	C	T	視	透	メラ	ファイ	C	エ	コー	ッド																																																																																																		
	R	T			視		バー	P	コー		ミ																																																																																																		
	部	位									ル																																																																																																		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">フィルム貸し出し希望</div>																																																																																																													

傷病名

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方

HCV (+・-), HBsAg (+・-), WaR (+・-)

\* この用紙は、カルテ作成や医事業務にも使用いたしますので、直接当院の医師に予約された場合であっても、必ずお送りください。なお、午後3時以降のFAXについては、翌日の受付とさせていただきます。

医療機関  
の所在地  
及び名称  
紹介医  
TEL・FAX