

# 診療情報提供書（特定健診等二次健診受診 依頼書）

紹介先 市立芦屋病院 内科・外科・整形外科・産婦人科  
医師

令和 年 月 日

市立芦屋病院 地域連携室直通【TEL】0797-22-3570【FAX】0797-22-3319

ふりがな		性別
患者氏名		男
		女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	（ 歳）

受診希望日：

※月曜・祝日明けの外来は大変混雑が予測されます。  
差し支えがなければ、他の曜日での受診、ご予約をおすすめしております。

◆受診依頼項目 ※該当項目にチェックをお願いします。

・精査依頼内容

- 便潜血陽性（大腸カメラ検査依頼）
- 胸部異常陰影
- 血液データ異常判定（該当項目：
- 乳房しこり（乳がん疑い）
- 骨粗鬆症
- 子宮頸がんの疑い
- その他（ )

- ・診察後は  当院外来での診療・治療 を希望します。
- 芦屋病院での診療・治療 を希望します。

投薬されている場合、可能であれば下記に処方を記入または添付下さい。  
※患者さんがお薬手帳をお持ちの場合は不要です。

既往歴・現在の処方等

※この用紙は、カルテ作成や医事業務にも使用致しますので、直接当院の医師に予約された場合であっても、必ずお送り下さい。  
なお、午後7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  
および名称  
紹介医  
TEL/FAX