（患者用）

診療情報提供書（外来受診　・　検査　・　入院　・　依頼書）

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

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

受診希望日 ＿＿＿＿＿＿＿＿

希望医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿

診察											
	内科	緩和ケア	小児科	外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	整形外科	皮膚科	形成外科	ペイン

※　当日検査結果持参（　あり　・　なし　）

検査	MRI		CT					透視		内視鏡			エコー		
	単純	造影	単純	造影	心臓冠動脈	マンモグラフィ	骨密度(DEXA)	上部消化管	大腸	上部消化管(経口)	上部消化管(経鼻)	大腸	頚部	心	腹部
	部位														

	CD－R
	所見のみ

入院依頼の場合お部屋の希望に〇をお願いします（ 個室 ・ 総室 ）（ 開放型病床希望・病院に一任 ）

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

※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、必ずお送り下さい。なお、午後７時００分以降の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	