# 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 | | 男<br>女 |
| | (　　歳) | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生 | |
| 患者住所 | 〒 | |
| 電話番号 | (　　)　　ー | |

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 | 麻酔科・ペイン |

| 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 | | | | | | | | | | | | | | |

※　当日検査結果持参( あり ・ なし )

**入院依頼の場合お部屋の希望に○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、必ず送付してください。
なお、午後6時00分以降(木曜のみ午後5時00分)
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<br>紹介医<br>TEL/FAX | |