

初診予約申込書（診療情報提供書）

令和 年 月 日

社会福祉法人 甲山福祉センター 西宮すなご医療福祉センター

外来直通 FAX：0798-49-8228

医療機関名			
診察科		担当医	
所在地			
電話番号		FAX	
担当者			

受診希望科			
受診希望日	① 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 希望日なし	
	② 年 月 日 ()		

ご紹介患者情報

フリガナ		性別		S · H · R
患者氏名 (旧姓)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所				
電話番号				
既往歴				
診断名 (症状名)				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()			
症状経過 治療経過 検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙参照			
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照			
持参資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録)			