

# 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                                                       | 生年月日 | S · H · R     |
| 患者氏名                 | (旧姓 )                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |      | 年 月 日<br>( 歳) |
| 住所                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |      |               |
| 電話番号                 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |      |               |
| 既往歴・家族歴              |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |      |               |
| 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<br>治療経過<br>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 ) |                                                          |      |               |