紹介先：芦屋セントマリア病院　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**診療情報提供書（診療予約申込書）**

紹介元医療機関情報

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 |  |
| 住所 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| 地域担当者 |  |

診療科目：

希望診療医師：

希望日時：

患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏名 |  | 男・女 | 明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　（　　　　　　歳） |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ | | |
| 携帯 | －　　　　　　　　－ | | |
| 通院歴 | □あり　　　　　□なし　　　　　　　□不明 | | |
| 紹介目的 | □通院加療　　　□入院加療　　　　　□検査 | | |
| 現在の状況 | □入院中　　　　□通院中（待機中　・　帰宅中） | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病名・経過 |  | |
| 検査 | 放射線 | □CT　（部位：　　　　　）造影（あり・なし）  □MRI　（部位　　　　　）造影（あり・なし）  　クレアチニン数値（　　　　　）  □骨塩定量 |
|  | 超音波 | □心臓　□頸部　□腹部　□その他 |

　　　　　　　　　　　　　芦屋セントマリア病院

　　　　　　　　　　　　地域医療連携室

〒659-0012芦屋市朝日ヶ丘町8番22号

TEL：0797-23-0620（地域医療直通TEL）

FAX：0797-32-5130（地域医療直通FAX）