

紹介先：芦屋セントマリア病院

平成 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

診療科目： \_\_\_\_\_

希望診療医師： \_\_\_\_\_

希望日時： \_\_\_\_\_

医療機関名	
医師名	
住所	
TEL	
FAX	
地域担当者	

患者情報

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所	〒		
電話番号	—	—	
携帯	—	—	
通院歴	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
紹介目的	<input type="checkbox"/> 通院加療	<input type="checkbox"/> 入院加療	<input type="checkbox"/> 検査
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 通院中（待機中 ・ 帰宅中）	

病名・経過	..... .....	
検査	放射線	<input type="checkbox"/> CT（部位： ）造影（あり・なし） <input type="checkbox"/> MRI（部位 ）造影（あり・なし） クレアチニン数値（ ） <input type="checkbox"/> 骨塩定量
	超音波	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 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：0797-5130（地域医療直通 FAX）