

神戸労災病院 P S G 検査入院 F A X 予約申込書 兼 診療情報提供書

F A X 送信先：0 7 8 - 2 3 1 - 5 9 2 6（地域医療推進室）

お問い合わせは、電話：0 7 8 - 2 3 1 - 5 9 2 5 までお願いします。

令和 年 月 日

神戸労災病院

呼吸器内科ご担当医 先生

(紹介元)

医療機関名称：

所在地：〒

医師名：

T E L：()

F A X：()

(ご紹介患者様)

フリガナ			性別	☐ 男	神戸労災 受診歴	☐ 有 ☐ 無
氏名				☐ 女		(有の場合、患者番号)
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 歳					
ご住所	〒					
電話番号	(携帯) (自宅)					
診断名			主訴			
予約希望日	(第1希望) 月 日 曜日 (第2希望) 月 日 曜日					
(診療経過・病状等) ※貴院の紹介状に必要事項を記載して添付いただいても結構です。						
※必要に応じて検査結果等を添付してください。						
身長	cm ☐ 未計測		体重	kg ☐ 未計測		
食事	アレルギー	※有の場合は以下に記入 ☐ 無 ☐ 有 ()				
	退院日食	☐ 要 ☐ 不要 ※朝食の配膳は8時前頃、売店の営業開始時間は8時になります。				
退院希望時間		☐ 8:00 ☐ 8:30 ☐ 9:00 ☐ 9:30 ☐ 指定なし ※6:30~7:30頃検査機器を取り外すため、最速でも8:00前頃になります。 ※指定なしの場合は10:00までにご退院願います。				
結果説明		☐ 自院(紹介元)で行います ☐ 貴院(神戸労災)でお願いします		精査の結果 治療介入が 必要な場合	☐ 自院(紹介元)で行います ☐ 貴院(神戸労災)でお願いします	