神戸労災病院
FAX 予約申込書・診療情報提供書

FAX 送信先：０７８－２３１－５９２６　地域医療推進室

お問い合わせは、電話：０７８－２３１－５９２５までお願いします。

総合内科　糖尿病内科　消化器内科　整形外科　泌尿器科　麻酔科
循環器内科　脳神経内科　外科　呼吸器外科　リハビリテーション科　眼科　放射線科
呼吸器内科　リウマチ内科　腎臓内科　心臓血管外科　心療内科･精神科　皮膚科　耳鼻咽喉科

※　予約を希望される診療科を〇で囲んで指定してください。

令和　　年　　月　　日

神戸労災病院

名称
住所〒
先生　医師名：
電話：(　　)　　－
FAX：(　　)　　－

フリガナ ご紹介 患者氏名	(　　) 男・女		神戸労災病院受診歴 １　有　　２　無 **患者番号**(　　)
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生(　　歳)		
住所	〒 電話：自宅(　　)　　－　　連絡先(　　)　　－		
診断名		主訴	
紹介目的	１　加療　　２　精査　　３入院　　４その他(　　)		
予約希望日	□緊急(本日)　第１(　　月　　日/　　曜日)　第２(　　月　　日/　　曜日)		

※予約を急がれる場合は上欄までご記入の上 FAX 送信して頂き、後程下欄の診療経過等をお知らせ下さい。

予約済みで下欄追記の場合チェックを入れてください。	□外来予約申込済み
診療経過・病状	入院・転院の際⇒人工透析　□要　　□不要

感染症の有無
□MRSA　(　既往あり・感染あり[部位：　　]・保菌・感染なし・不明　)
□結核　(　既往あり・感染あり[部位：　　]・感染なし・不明　)
□疥癬　(　既往あり・感染あり[部位：　　]・感染なし・不明　)
□その他の感染症　(　　)　(検出部位：鼻腔・喀痰・尿・便・その他)
□未検査

注１）　必要に応じて検査データなどを添付してください。

注２）　貴院のご紹介状に必要事項を記載できる場合は、貴院のご紹介状をお使い頂いて差し支えありません。