**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○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 | |

1. 必要に応じて検査データなどを添付してください。
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。