

診療予約申込書 兼 紹介状（診療情報提供書）

（兵庫医科大学 緑樹会 会員用）

20 年 月 日

兵庫医科大学病院 医療支援センター宛 FAX：0798-45-6002

受診希望科 _____ 科	医療機関名 _____
希望医師名 _____ 先生	所在地 _____
受診希望日 ① 20 年 月 日 () ② 20 年 月 日 ()	紹介医 _____ 印
	TEL： _____
	FAX： _____
	担当者： _____

※上記受診希望日にご予約がおりできない場合
☐できるだけ早い日程を希望します。
☐再度連絡・調整を希望します。
 ※過去の当院受診歴 ☐有・☐無

フリガナ	性別	住所（〒 - ）
患者氏名	☐ 男	
旧 姓	☐ 女	携帯電話： _____
生年月日 M・T・S・H・ 年 月 日 (歳)		固定電話： _____
紹介目的	☐ 精査・診断 ☐ 検査 ☐ 入院 ☐ その他 ()	
傷病名 (疑い)		
既往歴 (家族歴)	・ペースメーカーの有無 ☐有 ☐無 ・薬品アレルギーの有無 ☐有 ☐無 (薬品名) ・抗凝固薬を処方されている場合、処置・検査の必要に応じ投薬を中止できるか。 ☐可・☐不可 / 中止できる日数 _____ 日程度) ・その他耐性菌検出歴等ご参考になることがございましたら、ご記入下さい。	
病状経過 治療経過 検査結果	☐ 別紙参照	
現在の処方	☐ 別紙参照	
持参資料	☐ 無・ ☐ 有 (☐ X線・ ☐ CT・ ☐ MRI ☐ 内視鏡 ☐ 超音波 ☐ 心電図 ☐ 検査記録)	

保 険	保険者番号 (6ケタ/8ケタ)		公 費	負担者番号 (8ケタ)	
	記 号・番 号・枝番			受給者番号 (7ケタ)	
	有 効 期 限	・		有 効 期 限	・
	被保険者との続柄	☐ 本人 ☐ 家族		負担割合・負担金	割 円
		負 担 割 合	割	患 者 さ ん 状 況	
そ の 他	☐ 労災 ☐ 交通事故 ☐ 生保 ☐ その他の公費		☐ 入院中 (退院予定日 年 月 日)		