様式1

診療情報提供書（予約申込書）

西暦　　年　　月　　日

兵庫県立がんセンター

先生

名称
住所　〒

医師名　　㊞　TEL
FAX

送付先（地域医療連携室）
FAX 078－926－5410

※予約希望診療科に✓をつけてください。外来診療表を参考に月日と主治医を選んでください。

□ 呼吸器内科	□ 呼吸器外科	□ 消化器内科	□ 消化器外科	□ 乳腺外科	□ 整形外科	□ 脳神経外科	□ 皮膚科	□ 泌尿器科	□ 婦人科	□ 頭頸部外科	□ 形成外科	□ 腫瘍内科	□ 血液内科	□ 放射線診断科	□ 放射線治療科	□ 歯科口腔外科	□ 緩和ケア内科	□

患者さん予約回答待ち状況		
□ 貴医療機関にて外来待機中		
□ 貴医療機関に入院中		
□ 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち		
□ その他　（　　）		
患者さん来院方法		
□ 独歩	□ 車イス	□ ストレッチャー

受診希望日	第1　　月　　日　　曜日		第2	月　　日　　曜日	
患者	（フリガナ）		□ 男 □ 女	がんセンター（成人病センター）受診歴 □ 有　　科　□ 無	
	氏名				
	生年月日	□ 明治　□ 大正　□ 昭和　□ 平成　□ 令和　　年　　月　　日　　歳			
	住所	〒　　-			
	電話	自宅　　—　　—	連絡先	—　　—	

主保険	保険者番号			併用保険	公費負担番号	
	記号　　番号	被保険者名	□ 本人 □ 家族		公費受給者番号	
					公費負担割合	割

診断名		紹介目的	
主訴		アレルギー等	

①現病歴　②現症　③検査所見　④治療経過⑤現在の処方　⑥家族歴　⑦その他

『緊急性のある場合、各診療科と電話で協議し、この用紙をFAXで送付して下さい。＿＿＿＿＿＿医師と相談済み』

○本人が来院されない場合、診察は出来ません。

○セカンドオピニオンは家族のみでも可能です。「セカンドオピニオン予約申込書」にてお申込ください。(本人の同意書が必要です)

お問合せ：地域医療連携室　電話　078－929－1155（直通）