

**FAX送信先:078-912-2362**

《紹介元情報》

|       |     |       |  |
|-------|-----|-------|--|
| 医療機関名 |     | 医師名   |  |
| 住所    | 〒   |       |  |
| 電話番号  | ( ) | FAX番号 |  |

《患者情報》

|    |         |             |                |
|----|---------|-------------|----------------|
| 氏名 | フリガナ    | 明石市立市民病院受診歴 | 有・無            |
|    | 男・女     | 生年月日        | 年 月 日<br>( ) 歳 |
| 住所 | 〒       |             |                |
|    | TEL ( ) |             |                |

《紹介内容》

**【希望診療科】** (該当項目に☑チェックしてください)  
 ※患者さんの状態によりご希望以外の診療科で受診していただく場合がございますのでご了承ください

|   |   |                                   |  |
|---|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 総合内科   | <input type="checkbox"/> 血液内科           | <input type="checkbox"/> 腎臓内科     | <input type="checkbox"/> 糖尿病内科                   |
| <input type="checkbox"/> 循環器内科  | <input type="checkbox"/> 消化器内科          | <input type="checkbox"/> 心療内科・精神科 | <input type="checkbox"/> 脳神経内科                   |
| <input type="checkbox"/> 小児科  | <input type="checkbox"/> リウマチ・<br>膠原病内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科    | (医師減少につき、現在新患の患者様の受け入れを中止させていただいております。申し訳ございません) |
| <input type="checkbox"/> 外科   | <input type="checkbox"/> 整形外科           | <input type="checkbox"/> 脳神経外科    |  |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科   | <input type="checkbox"/> 産婦人科           | <input type="checkbox"/> 眼科       | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科                   |
| 〔 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 肛門ストーマ 〕 |   |                                   |  |

**【希望医師】** ( ) 医師 ※記入のない場合は担当医になります。  
 ※希望診察日、医師当番日等でご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

|                |                     |                                     |         |
|----------------|---------------------|-------------------------------------|---------|
| <b>【希望診察日】</b> |                     | ※事前に当院連携課職員と予約済みの場合は右記に診察日を記入してください |         |
| 第1希望           | 年 月 日 ( ) 午前・午後 : 頃 |                                     | 月 日     |
| 第2希望           | 年 月 日 ( ) 午前・午後 : 頃 |                                     | での診察予約済 |

**【診療経過・病状】** ※記入していただくか、診療情報提供書、または紹介状の添付をお願いいたします