**神戸アドベンチスト病院・紹介予約申込書**

**地域医療連携TEL/FAX：078-981-0233**

病院代表TEL：078-981-0161　　　 　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介元医療機関名： | | | | | | | | | |
| 住所（〒　　　　―　　　　　） | | | | | | | | | |
| 紹介元診療科： | | | | | | 紹介元医師名： | | | |
| 申し込み担当者　部署： | | | | | | 担当者名： | | | |
| TEL番号 | | | | | | FAX番号 | | | |
| 予 約 診 療 科 | □ 総合内科 | | | □ 外科　 □ 乳腺外科 | | | | | □ 産科　　□ 婦人科 |
| □ 循環器内科 | | | □ 整形外科 | | | | | □ 生殖医療科 |
| □ 消化器内科 | | | □ 小児科 | | | | | □ その他（　　　　　） |
| ホスピス緩和ケア申込は  専用の用紙があります。 | | | ※希望医師がある場合　　　　　　　　　　医師 | | | | | |
| 【患者様情報】 | | | | | | | | | |
| 氏 名  (ふりがな) | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 生年月日  T・S・H・R　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 住 所 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先電話 | | |  | | | | 自宅電話 |  | |
| 当院受診歴：　□あり（患者番号：　　　　　　　　）　□なし　　　□不明 | | | | | | | | | |
| 予約希望日 | | 第一希望　　　月　　　日（　 　） 第二希望　　　月　　　日（　 　）  希望曜日（　　 　）曜日　　都合の悪い日（　　 　　）　□希望日なし | | | | | | | |
| ≪予約待ち状況≫  □ご紹介元医療機関にて外来待機中　　□ご紹介元医療機関に入院・入所中  □帰宅され連絡待ち　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |

**地域医療連携2023/01/01改定**

**上記ご記入の上、診療情報提供書を添えてFAX送信をして下さい。**