

## 診療情報提供書（紹介状）

甲南病院予約センター 行  
FAX (078) 854-4158

平成 年 月 日

紹介元の医療機関の所在地及び名称  
 名称  
 住所  
 TEL  
 FAX  
 医師名

印

希望診療科	科	予約希望日時	第1希望 月 日 ( ) 時 第2希望 月 日 ( ) 時 特になし
希望医師名	医師		
患者	フリガナ 名前	男  女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	甲南病院受診歴 有 ・ 無		
紹介目的	診察 検査 入院 その他 ( )		
主 訴			
①既往歴 ②症状 ③家族歴 ④検査所見 ⑤治療経過 ⑥現在の処方			
予約希望  検査	検査をご希望の方は○を付けてください ① 胃内視鏡      ② 胃透視      ③ 注腸検査 ④ 超音波      部位 ( ) ⑤ 脳波		

お電話でご予約いただいた場合も、事前にカルテ作成のため、お手数ですがこの用紙に必要事項をご記入の上、ご予約日前日までにF a xまたは郵送をお願い致します。(カルテの表紙をF A Xしていただいてもけっこうです。)