

診療情報提供書(コロナワクチン接種依頼専用)

西宮市立中央病院 ワクチン担当医 宛 (医事課)

西暦 年 月 日

*実施曜日:火~木
*予約可能時間:13時 または 13時30分

(接種希望日時) 西暦 年 月 日()

13時 ・ 13時30分 ・ どちらでも可

【注意事項】

- * 1回目の接種日のみご記入ください
(1回目の接種日は、ホームページなどご確認ください)
- * 2回目の接種日は、3週間後の同曜日、同時間になります

医療機関名

所在地

紹介医

電話 () -

FAX () -

ふりがな

患者氏名

様 男・女 歳

生年
月日

M T S H

年 月 日

患者住所〒

電話番号() -

病名(ワクチン接種にリスクを伴う基礎疾患)

紹介目的

コロナワクチン接種 (リスク伴う基礎疾患を有しているもの)

【薬剤アレルギー 有 (薬剤名) ・ 無】

症状経過
及び
検査結果
・
治療経過
・
現在の
処方
・
ワクチン接
種時の注意
事項等

西宮市立中央病院 医事課

F A X (0798)67-4896

電 話 (0798)64-1515 (内線 108)

受 付 月曜~金曜 午前8:30~午後5:00

- * ご予約は、接種希望日の1週間前までをお願いします。
- * 接種日が決定しましたら、紹介元の先生にご連絡させていただきます。
- * 1回目だけ、または2回目だけの予約はお受けできかねます。