2023年4月改訂版

地域医療連携室　行
Fax：06-6946-3517

独立行政法人国立病院機構
大阪医療センター

緩和ケア内科外来申込書(FAX用)

TEL(直通)：06-6946-3516

申込日　　20　　年　　月　　日

☆受診当日には診療情報提供書をご持参いただきますようお願いいたします。

診療依頼目的	診察の参考とするため、診療情報提供書をFAXいただき、下記に概要・症状・紹介目的等を記入下さい （病名・症状）
受診の内容	希望受診科：緩和ケア内科 希望受診日時：☐ 右記希望（至急受診以外） 1)　20　年　月　日（　）午後　2時　00分 2)　20　年　月　日（　）午後　2時　00分 3)　20　年　月　日（　）午後　2時　00分 ☐ 上記希望日時で予約が取れない場合は電話連絡を希望 （上記☐にレが無い場合は他の日時で予約をお取りさせて頂きます） ☐ 特に希望日時はないが、出来るだけ早い日を希望
確認事項	※下記事項を必ずご確認いただき、ご了承の上、お申し込みください。（必須） 入院が必要あるいは希望された場合は、大阪医療センターでは対応致しかねますので、貴院にて入院対応または転院調整をお願いいたします。 ☐ 上記の点について、紹介元で対応することを確認し、了承しました。（必須） ☐ 上記の点について患者・家族に説明し、了承を得たことを確認しました。（必須）
紹介元医療機関	医療機関名： 郵便番号： 住　所： 電　話： ＦＡＸ：　　医師名：
患者情報	フリガナ： 氏　名：　　性別：　男　・　女 生年月日：　ＭＴＳＨ　年　月　日生（　歳） 今までに大阪医療センターを受診したことが ☐ あります ID ☐ ありません ☐ 不明 予約日当日にご連絡の取れる電話番号：
返信先	☐ 紹介元医療機関 ☐ 患者（予約時間の調整等直接患者様と行い、予約通知書を患者様、紹介元医療機関にFAXします）