

地域医療連携室 行

Fax: 06-6946-3517

大阪医療センター 診療申込書

令和 年 月 日

予約希望診療科 (1つ選択)	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 感染症内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 口腔外科
	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 血友病科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 遺伝診療センター
	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 肛門外科
<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 眼科		

当日緊急・救急受診依頼 ⇒送信後に必ずお電話をお願いします。 来院方法() ホットライン等連絡済

緊急入院の必要性 : 可能性あり
 透析の必要性 : 慢性透析中 緊急透析の可能性あり なし

希望医師 専門外来	(医師) <input type="checkbox"/> 希望なし (担当医)	医療機関名
		住所
		医師名
		TEL
		FAX
		担当者名

紹介元医療機関
 患者(予約時間の調整等直接患者と行い、
 予約通知書を患者様、紹介元医療機関にFAXします)

資料 有 (X線 CT MR 内視鏡 超音波 心電図 検査記録 その他) ※当日持参いただける資料に○をご記入ください。
 無 他については、下記の診療情報欄にご記入ください。各資料の検査日についても診療情報欄ご記入ください。

希望日	① 月 日 ()	その他
	② 月 日 ()	
	③ 月 日 ()	
<input type="checkbox"/> 1週間以内で <input type="checkbox"/> いつでも(最短日) <input type="checkbox"/> 希望日で予約が取れない場合は電話連絡希望 (√が無い場合は予約可能な最短日で取得します)		

患者様の情報	フリガナ	旧姓	性別	当院の受診歴
	患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ID番号:)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (歳)	
	連絡先	自宅TEL: - - 携帯TEL: - -		
	入院中	<input type="checkbox"/> 入院中 ⇒ 退院予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (退院予定日 月 日)		
	外国人の方	日本語 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可⇒(語)		
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす			

診療情報	傷病名	既往・家族歴
	発熱 <input type="checkbox"/> 有 (°C、 日前から) <input type="checkbox"/> 無	感染症 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
	コロナ患者との接触 <input type="checkbox"/> 有 (接触時期:) <input type="checkbox"/> 無	
	病状・検査結果・依頼内容など <input type="checkbox"/> 別紙診療情報添付 ※検査のみ依頼の場合も依頼内容(目的・疾患等)を記入ください。	

予約受付時間 平日 8:30~19:00 (土・日・祝・年末年始を除く) ※FAX受信は24時間

大阪医療センター 地域医療連携室 FAX:06-6946-3517 直通TEL:06-6946-3516