



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

外来申込書 (FAX用)

TEL (直通): 06-6946-3516

申込日 西暦 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。

診察の参考とするため、診療情報提供書をFAXいただくか、下記に症状等を記入下さい。

(病名・症状)

診療
依頼
目的

緊急性: あり (本日 最短日) 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

該当診療科に○をつけてください。

希望受診科: 脳神経内科・腎臓内科・血液内科・呼吸器内科・糖尿病/内分泌代謝内科・総合診療科・精神科
 感染症内科・血友病科・消化器内科・循環器内科・小児科・消化器外科・呼吸器外科・乳腺外科
 形成外科・整形外科・脳神経外科・心臓血管外科・皮膚科・泌尿器科・産科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科
 口腔外科・放射線治療科・遺伝診療センター

希望専門領域: _____

希望受診日時: 右記希望 (至急受診以外)

1) 20	年	月	日 ()	午前・午後	時	分
2) 20	年	月	日 ()	午前・午後	時	分
3) 20	年	月	日 ()	午前・午後	時	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いただきます)

 特に希望日時はないが、出来るだけ早い日を希望

希望医師名: _____ 医師間の事前連絡済
 (希望医師名は、特に希望される場合のみご記入下さい)

希望医師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医師で予約をお取りさせていただきます)

受診
の内容紹介元
医療
機関

医療機関名:

郵便番号:

住所:

電話:

FAX:

診療科:

医師名:

患者
情報

フリガナ

氏名: _____ 性別: 男・女

生年月日: T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

予約日当日にご連絡の取れる電話番号: _____

公費診療: あり

※公費負担医療がある場合については、受給者証等のコピーを添付してください。

今までに大阪医療センターを受診したことが

 あります ありません 不明

ID

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き、予約通知書を患者様、紹介元医療機関にFAXします)