

『FAX紹介申込書』 記入時の注意事項

20XX年 2月 8日

大阪医科薬科大学病院 FAX 紹介申込書

FAX 072 (684) 6339 (24 時間受信可能)

申込受付時間 平日 8:30~20:00 土曜日 8:30~12:00 (第2・4土曜日は休診)

医療連携室 TEL直通 072-684-6338 / 代表 072-683-1221 内線 2308

決定日時をご記入の上、FAXください

- ① 本書と診療情報提供書をFAXしてください。
(眼科・歯科口腔外科は本書のみで予約をお取りしますが、受診当日は診療情報提供書が必要です)
- ② 予約調整後に予約票をFAX返信します。患者さんに診療情報提供書と共にお渡しくがさい。

※画像データ：形式はDICOM (PDI準拠) でお願いします。

予約情報	紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 検査 (PET-CT) <input type="checkbox"/> 身障診断 <input type="checkbox"/> 家族相談(自費) その他 () <small>※緊急、入院・転院の依頼は072-684-6338までお電話ください。</small>	
	主訴・傷病名		
	担当医をお任せいただける場合は未記入にしておいてください。		
	希望医師	医師	医師同士連絡 済 ・ 無
受診希望日	第1希望	令和 X 年 2 月 15 日 (金) 9:50	
	第2希望	令和 年 月 日 ()	
	第3希望	令和 年 月 日 ()	
	不都合な日 ()		

※) セカンドオピニオンは専用申込書 (ホームページよりダウンロード) にてお申込みください。

患者情報	フリガナ	イダイハナコ	旧姓	男	大阪医薬大受診歴
	氏名	医大 花子	田中	女	有・無・不明 (科) ID:
	生年月日	大・ 昭 ・平・令 42 年 1 月 28 日生 (XX 歳)			
	住所	〒 569-8686 高槻市高槻町XX-XX			
	電話番号	(自宅) 072-123-45XX (携帯)			
	A D L	<input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり (来院方法)			
	貴院での状況	<input checked="" type="checkbox"/> 外来患者 → 貴院で待機中ですか (はい ・いいえ) <input type="checkbox"/> 入院患者 → <input type="checkbox"/> 退院後の受診希望 → 予定退院日 () <input type="checkbox"/> 入院中の受診希望 → 来院方法 ()			
	保険情報	※下記に記入していただくか、保険証等のコピーをFAXしてください。			
	保険者番号	270082	公費負担者番号		
	記号・番号	高国・123-456-7	公費受給者番号		
続柄	本人 ・家族	公費負担割合	1割・2割・3割		
該当項目に ☑願います	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <small>※第三者行為・交通事故の一括請求は行っていません。</small>				

医療機関情報	医療機関名	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	担当科・医師名	
取次部署・担当者		

○印	診療科名
	糖尿病代謝内科
	内分泌内科
	脳神経内科
	呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科
	リウマチ膠原病内科
	消化器内科
	消化器内科(化学療法)
	血液内科
	循環器内科
	腎臓内科
	総合診療科
	精神神経科
	一般・消化器・小児外科
	乳腺・内分泌外科
	呼吸器外科
	心臓血管外科・小児心臓血管外科
	脳神経外科・脳血管内治療科
	整形外科
	小児科
	新生児科
	産科・生殖医学科 妊娠有・無
	婦人科・腫瘍科
	眼科
	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
	皮膚科
	腎泌尿器外科
	放射線診断科・放射線腫瘍科
○	放射線科オープン検査
	麻酔科・ペインクリニック
	形成外科
	歯科口腔外科
	リハビリテーション科

以下当院記入欄

初・再	作成者	確認者

病院印などをご活用ください。