

大阪医科大学附属病院 FAX紹介申込書
医療連携室 FAX 072(684)6339

申込受付時間 平日 8:30~16:00 土曜日 8:30~12:00

第2・4土曜日は休診です。受付時間以降受信のFAXに関しては翌診療日のお取り扱いとなります。FAXは24時間受信可能です。

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

- ①本書と診療情報提供書をFAXしてください。(歯科口腔外科は本書のみで受け付けいたします)
- ②予約調整後に「受付確認票」をFAXいたします。患者さまにお渡しください。
担当医師へ確認が必要な場合があります、返信にお時間がかかる場合があります。

予 約 情 報	紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査() <input type="checkbox"/> 身障診断 <input type="checkbox"/> 家族相談(自費) <input type="checkbox"/> その他※()		
	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	平成	年	月 日()
	第2希望	平成	年	月 日()
	第3希望	平成	年	月 日()
	希望日なしまたは不都合な日があればご記入ください ()			

受診希望科に○を記入ください

○印	診療科名
	糖尿病代謝内科
	内分泌内科
	神経内科
	呼吸器内科
	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
	総合内科
	精神神経科
	消化器外科
	一般・乳腺・内分泌外科
	呼吸器外科
	心臓血管外科
	脳神経外科
	整形外科
	一般小児科
	発達小児科
	産科・内分泌科 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
	泌尿器科
	放射線科
	放射線科オープン検査
	麻酔科
	形成外科
	歯科口腔外科
	リハビリテーション科

※)当日の受診、入院の依頼はこの申込書を使用せず、直接診療科担当医(TEL 072-683-1221[代表])へ連絡をお願いします。
※)セカンドオピニオンは別紙専用申込書にてお申込みください。

患 者 さ ま 情 報	フリガナ		旧 姓	男	当院受診歴	
	氏 名			女	有・無・不明	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生()	歳
	住 所	〒				
	電 話 番 号					
	A D L	<input 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 type="checkbox"/> 外来患者さま 貴院で待機中ですか はい・いいえ <input type="checkbox"/> 入院患者さま 来院方法をご記入ください()				
	保険情報 ※下記に記入していただくか、コピーをFAXしてください。					
	保険者番号		公費負担者番号			
	記号・番号		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 <input checked="" type="checkbox"/> 願います	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 第三者行為(健保・自費) <input type="checkbox"/> 交通事故(健保・自費) ※交通事故の一括請求は行っておりません				

紹 介 元 医 療 機 関 情 報	医療機関名				
	住 所				
	電 話 番 号				
	F A X 番 号				
	担当科・医師名	_____ 科 _____ 先生			
取次部署・担当者名					

以下当院記入欄

ID		最終来院日		初・再
----	--	-------	--	-----

作成者	確認者