

FAX用

地域連絡室

Fax 06-6646-6215

大阪市立大学
医学部附属病院

診療情報提供書 (診察予約申込書)

申込日 平成 年 月 日

大阪市立大学医学部附属病院

診療科担当医 先生

医療機関の名称

及び所在地

TEL

FAX

担当科名

医師名

連携登録医 No

希望診療科 ○で 囲んで下さい	総合診療センター	循環器内科	呼吸器内科	生活習慣病・ 糖尿病センター	腎臓内科	内分泌・骨 ・リウマチ内科	膠原病内科
	消化器内科	小児科・新生児科	皮膚科	放射線科	放射線治療科	核医学科	予約調整に 一週間程度要
	肝胆膵外科	心臓血管外科	呼吸器外科	小児外科	第二外科(食道)	脳神経外科	整形外科
	泌尿器科	耳鼻いんこう科	麻酔 ペインクリニック科	感染症内科	血液内科	神経内科	神経精神科
予 約	<input type="checkbox"/> 最短予約可能日		<input type="checkbox"/> 曜日希望()		希望予約日	①平成 年 月 日()	
	<input type="checkbox"/> 予約日指定		<input type="checkbox"/> 医師希望()			②平成 年 月 日()	
紹介目的	精査 ・ 加療 ・ 入院 ・ 手術 ・ その他()						
病 名						認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
症状経過及び検査結果							
現在の状況	通院中・入院中 (DPC ・ 出来高)			A D L	独歩 ・ 車椅子 ・ ベッド上 ・ 介護 ・ その他()		
持参資料	X-P ・ CT ・ MRI ・ エコー ・ その他()					CD-R ・ フィルム	

大阪市立大学医学部附属病院での受診歴		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ID 診察券番号						
フリガナ				性 別	生 年 月 日				
患者氏名				男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日				
住 所	〒	フリガナ							
		府	県						
電 話(自宅)	-	-	電 話(携帯)	-	-				

被保険者名					
被保険者番号					
記号 / 番号					
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合 0・1・2・3 割			

公費負担番号					
受給者番号					
一部負担金割合	0・1・2・3 割				
有効期限	開始	平成	年	月	日
	終了	平成	年	月	日

※ 受付時間(9:00~19:00)以降のお申し込みは、原則翌日(金曜日は翌週)の返信となります。
また、診療情報提供書の内容によりましては、診療科専門医の確認が必要となります。返信が、一週間程度かかることがありますので、ご了承をお願いいたします。

確認欄	FAX	登録者	診察券	備 考	