

# 大阪公立大学医学部附属病院 診察予約申込書（診療情報提供書）

FAX : 06-6646-6215 /

TEL : 06-6645-2877

<ul style="list-style-type: none"> <li>受付時間(9:00~19:00)以降のお申し込みは原則翌営業日の返信となります。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です。</li> <li>膠原病・リウマチ内科、神経精神科、放射線科、放射線治療科、核医学科、整形外科、感染症内科は、お返事に一週間程度かかる場合がございます。ご了承のほどよろしくお願いいたします。</li> <li>助産券対応医療機関ではございません。</li> </ul>	医療機関情報	
	医療機関名	
	住所	
	TEL/FAX	
	医師名	
	担当者	

患者情報			
フリガナ		旧姓	性別
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒		
電話番号	自宅:	携帯:	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診察券番号: )		
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり (来院方法: )		
身長/体重	血液内科・神経精神科受診患者のみ記載		cm / kg
日本語	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( 語)	難聴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
透析	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 月水金 <input type="checkbox"/> 火木土 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	家族付き添い : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄: )	
※未成年、認知症外来、神経精神科、皮膚科腫瘍外来は付き添い必須です			
貴院での状況	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		
保険情報			
保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		公費受給者番号	
続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合	<input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
お申込内容			
希望医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
受診希望日	第一希望	年 月 日 ( )	
	第二希望	年 月 日 ( )	
	第三希望	年 月 日 ( )	
都合が悪い日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
持参資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ <input type="checkbox"/> 採血データ <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他( ) ]		
病名			
病状及び検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙参照 (貴院様指定の診療情報提供書を添付ください)		

当院登録医の方は 登録医番号をご記入ください (予約業務の順番を優先します)	
ご希望の診療科に○をご記入下さい	
<input type="checkbox"/>	総合診療科
<input type="checkbox"/>	循環器内科
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科
<input type="checkbox"/>	膠原病・リウマチ内科
<input type="checkbox"/>	生活習慣病・糖尿病センター
<input type="checkbox"/>	腎臓内科
<input type="checkbox"/>	骨・内分泌内科
<input type="checkbox"/>	消化器内科
<input type="checkbox"/>	肝胆膵内科
<input type="checkbox"/>	小児科・新生児科
<input type="checkbox"/>	神経精神科
<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	放射線科
<input type="checkbox"/>	放射線治療科
<input type="checkbox"/>	核医学科
<input type="checkbox"/>	消化器外科 <input type="checkbox"/> がんEX外来
<input type="checkbox"/>	乳腺外科
<input type="checkbox"/>	心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	肝胆膵外科
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科
<input type="checkbox"/>	小児外科
<input type="checkbox"/>	脳神経外科
<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科・(腎臓移植)
<input type="checkbox"/>	女性診療科
<input type="checkbox"/>	眼科
<input type="checkbox"/>	耳鼻いんこう科
<input type="checkbox"/>	麻酔科・ペインクリニック科
<input type="checkbox"/>	形成外科
<input type="checkbox"/>	血液内科
<input type="checkbox"/>	脳神経内科
<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科
<input type="checkbox"/>	感染症内科
<input type="checkbox"/>	ゲノム診療科

病院記入欄	
-------	--

※消化器外科(がんEX外来)の場合は、初診日当日に検査が必要になりますので、当日朝より絶食でご来院下さい。

※がんEX外来(全て☑が必要): 内視鏡検査終了 消化器がん(疑い)の診断 患者に説明済 独歩または家族付き添い可 重度の併存疾患なし