大阪公立大学医学部附属病院

FAX:06-6646-6215

TEL:06-6645-2877

申し込み当日の予約はできません

★のついている診療科及び紹介内容によっては、 専門医の確認が必要です。お返事に1週間程度時間を 要する場合があります。

助産券対応医療機関ではございません。

希望	!の診療科に○をご記入ください
*	総合診療科
	循環器内科
	呼吸器内科
*	膠原病・リウマチ内科
	生活習慣病・糖尿病センター
	腎臓内科
	※採血・尿検査結果事前FAX要
	骨・内分泌内科
	消化器内科
	肝胆膵内科
	小児科・新生児科
*	神経精神科
身長	c m 体重 k s
	皮膚科
*	放射線科
*	放射線治療科
	※画像持参必要 (CT・MRI)
\bigstar	核医学科
	忍知症(有・無)、ADL(独歩)
葉	惟聴(有・無)、透析(有・無)
	乳腺外科
*	整形外科
, ,	《画像持参
ź	無 ・ 有 (X-P・CT・MRI)
画像	象の有無は必ずチェック願います
	耳鼻いんこう科
※ II	恵力検査済みの場合、事前FAX要
	形成外科
身長	<u> </u>
<i>→</i> 1℃	脳神経内科
	一個
_	
•	ゲノム診療科

診療予約申込書(診療情報提供書)

公大ID

日申込

	医療機関情報
医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	
担当者	

医療連携登録医の方はWeb予約も可能です

理解度 ※患者本人が医療用語の理解が難しい場合は、医療通訳機を使用します 透析 □無 □有【□月水金 □火木土】 保険情報 □国保 □社保 □ 労災 □自賠 保険者番号 □ 生保 □ 労災 □自賠 電売 世紀代表 □ 分災 □自賠 受診希望日 □無 □ 白 □ 名 □ 名 □ 名 □ 名 □ 名 □ 名 □ 名 □ 名 □ 名 □ 名 □ □ 名 □ 人 □ 水 □ 水 □ 水 □ 水 □ 本 □ 金 受診希望日 □ □ 第二希望 □ □ □ 財 □ <td< th=""><th>,</th><th>求连场显跳区</th><th></th><th></th><th></th><th>\top</th><th></th><th>Г</th><th></th><th></th></td<>	,	求连场显跳区				\top		Г				
性別										<u> </u>		
Example												
E	フリガナ							-				
氏名 生年月日 □大□昭□平□令□西暦 年月日 日歳 電話番号 自宅 () - () - () (続柄:) (株柄:) (株柄:) (株柄:) 認知症 □無□有 付き添い: □無□有 (株柄:) (株柄:) (株柄:) (株柄:) ※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 (本)												
生年月日 □大□昭□平□令□西暦 年月日 日蔵 で 〒 住所 電話番号 自宅 () - () - ()) (続柄:) 認知症 □無□有 付き添い: □無□有 (続柄:)) (統柄:) ※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 ADL □独歩□車いす□寝たきり(来院方法:) 日本語の □医療用語可□日常会話可*□不可* 言語:*のみ記載(語解度	rt. 勾						<u>=</u> 7	柑 (1-	±思/ ———			
世部番号	大石											
世部番号	7 5 0 0						<u> </u>		ı.			
住所	生年月日		^{<u>Z</u> 口 令 ロ 西暦 ————}		年 F ————	<u> </u>	日		歳 ——			
自宅 () - () - () (続柄:) 携帯 () - () - () (続柄:) 説知症 □無 □有 付き添い:□無 □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		Ī										
携帯	住所											
携帯												
携帯 () - () - () (続柄:) 認知症	電話番号	自宅() - ()	<u> </u>)						
※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 ADL □独歩 □車いす □寝たきり(来院方法:) 日本語の □医療用語可 □日常会話可* □不可* 言語:*のみ記載(語器:*のみ記載(語話:*のみ記載(語述:*のみ記載(語述:*のみ記載(語述:*のみ記載(語述:*のみ記載(語述:*のみ記載(語述:*のみ記載(語述:*のみ記載(語述:*のみ記載(事語:*のみ記載(事語:*のみ記述(事語:*のみ記述(事語:*のみ記述(事語:*のみ記述(事語:*のみ記述(事語:*のみ記述(事語:*のみ記述(PHH	携帯() - ()	<u> </u>)	(続柄	<u>:</u>)		
ADL □独歩 □車いす □寝たきり(来院方法:) 日本語の理解度 □医療用語可 □日常会話可* □不可* 言語:*のみ記載(語法 透析 □無 □有【□月水金 □火木土】 保険情報 □国保 □社保 □労災 □自賠 保険者番号 □労災 □自賠 銀売 塩担割合 □0割 □1割 □2割 □3割 番号 続柄 □本人 □家族 参望医師 無 □有() 原則最短日で予約取得します(月 日以降予約希望) 第一希望 月 日 第三希望 月 日 □いつでも良い 希望曜日 □月 □火 □水 □水 □水 □水 □水 □本 □金	認知症	□無□有	付き添い:「	□無□有	(続柄:)		
日本語の □ 医療用語可 □日常会話可* □不可* 言語:*のみ記載(語語:*のみ記載(語話:*のみ記載(これます 一次日期 日期 日期 日期 日期 日本活程 月期	<u> </u>	未成年、認知症	Ē外来、神経精 ²	神科、皮膚	科腫瘍外来に	は付き添	い必須で	です				
理解度 ※患者本人が医療用語の理解が難しい場合は、医療通訳機を使用します 透析 □無 □有【□月水金 □火木土】 保険情報 □国保 □ 生保 □ 労災 □自賠 保険者番号 塩土活保護 □ 1割 □2割 □3割 番号 塩井割合 □0割 □1割 □2割 □3割 番号 続柄 □本人 □家族 希望医師 無 □有(カー 原則最短日で予約取得します(月 日以降予約希望) 第一希望 月 日 第二希望 月 日第三希望 月 日 第四希望 月 日 □ いつでも良い 希望曜日 □月 □火 □水 □水 □水 □水 □水 □水 □	ADL	口 独歩 口 耳	真いす ロ 寝/	ときり (来	院方法:)		
透析 □無 □有 【□月水金 □火木土】 保険情報 □国保 □社保 □ 労災 □自賠 保険者番号 生活保護 □ 塩 記号 負担割合 □0割 □1割 □2割 □3割 番号 続柄 □本人 □家族 希望医師 □無 □有() 日以降予約希望) 原則最短日で予約取得します(月 日以降予約希望) 第一希望 月 日 第二希望 月 日 第三希望 月 日 第四希望 月 日 □ いつでも良い 希望曜日 □月 □火 □水 □水 □水 □水 □本 □金	日本語の	□ 医療用語可	口 日常会話可	* 口不可*	言語:*のみ	記載(語)		
保険情報 □国保 □社保 □労災 □自賠 保険者番号 生活保護 □ 福 記号 負担割合 □0割 □1割 □2割 □3割 番号 続柄 □本人 □家族 希望医師 無 □ 有 日以降予約希望) 原則最短日で予約取得します(月 日以降予約希望) 第一希望 月 日 第二希望 月 日 第三希望 月 日 第四希望 月 日 □ いつでも良い 希望曜日 □月 □火 □水 □水 □木 □金	理解度	※患者本人が	医療用語の理解	星が難しい場	景合は、医療	通訳機な	を使用し	ます				
保険者番号 生活保護 福 記号 負担割合 □0割 □1割 □2割 □3割 番号 続柄 □本人 □家族 希望医師 無 □有(原則最短日で予約取得します(月 日以降予約希望) 第一希望 月 日 第三希望 月 日 □いつでも良い 希望曜日 □月 □火 □水 □木 □金	透析	口無口有	■ 【□ 月水⊴	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	木土】							
記号 負担割合 □0割 □1割 □2割 □3割 番号 続柄 □本人 □家族 希望医師 □無 □有() 原則最短日で予約取得します(月 日以降予約希望) 第一希望 月 日 第二希望 月 日 第三希望 月 日 第三希望 月 日 第四希望 月 日 □いつでも良い 希望曜日 □月 □火 □水 □木 □金	保険情報	口国保口剂	上保 □ 生保		口 労災	□]賠					
番号 続柄 □本人 □家族 希望医師 無 □ 有 () 原則最短日で予約取得します (月 日以降予約希望) 第一希望 月 日 第三希望 月 日 第三希望 月 日 中 第四希望 月 日 中	保険者番号		T	$\overline{\Box}$	生活保護					福祉		
希望医師 □無 □有() 原則最短日で予約取得します(月 日以降予約希望) 第一希望 月 日 第二希望 月 日 第三希望 月 日 第四希望 月 日 □ いつでも良い 希望曜日 □月 □火 □水 □水 □水 □	 記号				負担割合	□○割□		」2割	<u>3</u>	割		
原則最短日で予約取得します(月 日以降予約希望) 第一希望 月 日 第二希望 月 日 第三希望 月 日 第四希望 月 日 □ いつでも良い 希望曜日 □ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金	番号			-	続柄		5人	口家	 :族			
第一希望 月 日 第二希望 月 日 第三希望 月 日 第四希望 月 日 □ いつでも良い 希望曜日 □ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金	希望医師	口無口有	(<u> </u>			•)	,		
第一希望 月 日 第二希望 月 日 第三希望 月 日 第四希望 月 日 □ いつでも良い 希望曜日 □ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金												
受診希望日 第三希望 月 日 第四希望 月 日 □ いつでも良い 希望曜日 □ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金		原則最短日で予約取得します (月 日以降予約希望)										
受診希望日 第三希望 月 日 第四希望 月 日 □ いつでも良い 希望曜日 □ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金		第一条望		口	一 第一 <u>希</u> 望	<u> </u>						
□ いつでも良い 希望曜日 □ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金	受診希望日	77 11 ±	<i></i>	<u> </u>	→ → ¬11 ±		<u>л</u>	<u> </u>				
		第三希望	月	日	第四希望		月	日	ı			
		□ いつでも良	<u>ا</u>	 希望曜日	□月 □り	<u>- フ</u>		; 🗆	<u>金</u>			
ご都合の悪い日:		ご都合の悪い	 日:									
持参資料 □ 無 有【□ 採血データ □ X-P □ CT □ MRI 】	持参資料	□無有【□	 採血データ [□ X-P □ C	T D MRI]							
. <u>.</u>	4			,	,							
病名 	万名											
ロ 別紙参照(貴院指定の診療情報提供書を添付ください)		□ 別紙参照	 (貴院指定の影	 沴療情報提供	 * 書を添付く	ださい)	1					
症状及び - to												
検査結果	検査結果											
	大阪公立大学四	 天学部附属病院										

「※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、<u>当日朝より絶食</u>でご来院下さい ※がんEX外来(以下全て確認し☑が必要):