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。

希望の診療科に〇をご記入ください	
	★ 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 cm 体重 kg
	皮膚科
	★ 放射線科
	★ 放射線治療科 **※画像持参必要（CT・MRI）**
	★ 核医学科 **認知症（有・無）、ADL（独歩）** **難聴（有・無）、透析（有・無）**
	消化器外科 □がんEX外来
	乳腺外科
	心臓血管外科
	肝胆膵外科
	呼吸器外科
	小児外科
	脳神経外科
	★ 整形外科 **※画像持参** **無 ・ 有 （X-P・CT・MRI）** **画像の有無は必ずチェック願います**
	泌尿器科（腎臓移植）
	女性診療科（婦人科・産科）
	眼科
	耳鼻いんこう科 **※聴力検査済みの場合、事前FAX要**
	麻酔科・ペインクリニック科
	形成外科
	血液内科 **※採血結果事前FAX要** 身長 cm 体重 kg
	脳神経内科
	歯科口腔外科
	★ 感染症内科
	★ ゲノム診療科

公大ID

診療予約申込書（診療情報提供書）

月 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

登録医番号をご記入ください →

患者情報			
フリガナ		性別	□ 男 □ 女
氏名		国籍（任意）	
生年月日	□ 大 □ 昭 □ 平 □ 令 □ 西暦 年 月 日 歳		
住所	〒		
電話番号	自宅 （ ）－（ ）－（ ）		
	携帯 （ ）－（ ）－（ ） （続柄： ）		
認知症	□ 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			
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）		
	※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 □ 生保 □ 労災 □ 自賠		
保険者番号		生活保護	福祉
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（ ）		
受診希望日	**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		
	ご都合の悪い日：		
持参資料	**□ 無 有【□ 採血データ □ X-P □ CT □ MRI】**		
病名			
症状及び検査結果	□ 別紙参照（貴院指定の診療情報提供書を添付ください）		
大阪公立大学医学部附属病院記入欄			

※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（以下全て確認し☑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