

FAX：06-6646-6215

診療予約申込書（診療情報提供書）

月 日 申込

TEL：06-6645-2877

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 → 

--	--	--	--	--	--	--	--

希望の診療科に○をご記入ください			
<input checked="" type="checkbox"/> 総合診療科			
<input type="checkbox"/> 循環器内科			
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科			
<input checked="" 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"/> ※採血・尿検査結果事前FAX要			
<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 checked="" type="checkbox"/> 神経精神科			
身長	c m	体重	k g
<input type="checkbox"/> 皮膚科			
<input checked="" type="checkbox"/> 放射線科			
<input type="checkbox"/> ※核医学内用療法外来			
<input type="checkbox"/> 認知症（有・無）、ADL（独歩）			
<input type="checkbox"/> 難聴（有・無）、透析（有・無）			
<input checked="" type="checkbox"/> 放射線治療科			
<input type="checkbox"/> ※画像持参必要（CT・MRI）			
<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 checked="" type="checkbox"/> 整形外科			
<input type="checkbox"/> ※画像持参			
<input type="checkbox"/> 無・有（X-P・CT・MRI）			
<input type="checkbox"/> 泌尿器科（腎臓移植）			
<input type="checkbox"/> 女性診療科（婦人科・産科）			
<input type="checkbox"/> 眼科			
<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科			
<input type="checkbox"/> ※聴力検査がある場合、事前FAX要			
<input checked="" 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"/> ※採血結果事前FAX要			
身長	c m	体重	k g
<input type="checkbox"/> 脳神経内科			
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科			
<input checked="" type="checkbox"/> 感染症内科			
<input checked="" type="checkbox"/> ゲノム診療科			
<input checked="" type="checkbox"/> 総合アレルギー外来			

患者情報			
フリガナ			性別
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名			国籍（任意）
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 ( ) - ( ) - ( ) (続柄: )		
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・皮膚科腫瘍外来は必須	
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり (来院方法: )		
日本語の理解度	<input type="checkbox"/> 医療用語可 <input type="checkbox"/> 日常会話可* <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 月水金 <input type="checkbox"/> 火木土】		
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
希望医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> いつでも良い 希望曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金		
	ご都合の悪い日:		
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】		
病名			
症状及び検査結果	<input type="checkbox"/> 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