

# 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。<br/>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、<br/>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。</li> <li>・ 助産券対応医療機関ではございません。</li> </ul> | <p><b>医療機関情報</b></p> <p>医療機関名</p> <p>住所</p> <p>TEL/FAX</p> <p>医師名</p> <p>担当者</p> |
|--|--|

| 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   |  | c m / k g   |
| 日本語                               | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( )   | 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  | ( )   |
| 不都合日                              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )  |  |   |
| 持参資料                              | <input type="checkbox"/> 無 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)   |  |   |

|                             |
|-----------------------------|
| 医療連携登録医の方は<br>登録医番号をご記入ください |
| ご希望の診療科に<br>○をご記入下さい        |
| 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                        |
| 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                       |
| 皮膚科                         |
| 放射線科                        |
| 放射線治療科                      |
| 核医学科                        |
| 消化器外科                       |
| 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                        |
| 泌尿器科・(腎臓移植)                 |
| 女性診療科                       |
| 眼科                          |
| 耳鼻いんこう科                     |
| 麻酔科・ペインクリニック科               |
| 形成外科                        |
| 血液内科                        |
| 脳神経内科                       |
| 歯科口腔外科                      |
| 感染症内科                       |
| ゲノム診療科                      |

|       |  |
|-------|--|
| 病院記入欄 |  |
|-------|--|