

地域医療連携室 行
Fax: 06-6946-3517

大阪医療センター 診療申込書

令和 年 月 日

予約希望診療科 (1つ選択)	☐ 脳神経内科	☐ 精神科	☐ 消化器外科	☐ 心臓血管外科	☐ 耳鼻咽喉科
	☐ 腎臓内科	☐ 感染症内科	☐ 呼吸器外科	☐ 皮膚科	☐ 口腔外科
	☐ 血液内科	☐ 血友病科	☐ 乳腺外科	☐ 泌尿器科	☐ 放射線治療科
	☐ 呼吸器内科	☐ 消化器内科	☐ 形成外科	☐ 産科	☐ 遺伝診療センター
	☐ 糖尿病・内分泌内科	☐ 循環器内科	☐ 整形外科	☐ 婦人科	☐ 肛門外科
	☐ 総合診療科	☐ 小児科	☐ 脳神経外科	☐ 眼科	☐ 大腸(直腸)がんセンター
	☐ おなかのヘルニアセンター ☐ その他センター()				

★内科と外科のどちらに該当するか迷われる場合は、以下より該当するセンターをお選びください(詳細につきましては、当院ホームページをご確認ください)

☐ 心臓血管センター ☐ 脳神経センター ☐ 消化器センター ☐ 呼吸器センター

☐ 当日緊急・救急受診依頼 ⇒送信後に必ずお電話をお願いします。 来院方法() ホットライン等連絡済 ☐

緊急入院の必要性 : ☐ 可能性あり

透析の必要性 : ☐ 慢性透析中 ☐ 緊急透析の可能性あり ☐ なし

希望医師 専門外来	(医師) ☐ 希望なし (担当医)	医療機関名
		住所
		医師名
		TEL
		FAX
		担当者名

返信先	☐ 紹介元医療機関
	☐ 患者(予約時間の調整等直接患者と行い、 予約通知書を患者様、紹介元医療機関にFAXします)

資料	☐ 有(X線 CT MR 内視鏡 超音波 心電図 検査記録 その他) ※当日持参いただける資料に○をご記入ください。 その他については、下記の診療情報欄にご記入ください。 各資料の検査日についても診療情報欄にご記入ください。
	☐ 無

希望日	① 月 日 ()	その他
	② 月 日 ()	
	③ 月 日 ()	
日	☐ 1週間以内で ☐ いつでも(最短路) ☐ 希望日で予約が取れない場合は電話連絡希望 (✓が無い場合は予約可能な最短路で取得します)	

患者様の情報	フリガナ	旧姓	性別	当院の受診歴
	患者氏名		☐ 男 ☐ 女	☐ 有 ☐ 無 (ID番号:)
	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 (歳)		
	連絡先	自宅TEL: - - 携帯TEL: - -		
	入院中	☐ 入院中 ⇒ 退院予定 ☐ 無 ☐ 有 (退院予定日 月 日)		
	外国人の方	日本語 ☐ 可 ☐ 不可⇒(語)		
	ADL	☐ 独歩 ☐ 車いす		

診療情報	傷病名	既往・家族歴
	発熱 ☐ 有 (°C、 日前から) ☐ 無	感染症 ☐ 有 () ☐ 無
	コロナ患者との接触 ☐ 有 (接触時期:) ☐ 無	
	病状・検査結果・依頼内容など ☐ 別紙診療情報添付 ※検査のみ依頼の場合も依頼内容(目的・疾患等)を記入ください。	

予約受付時間 平日 8:30~19:00 (土・日・祝・年末年始を除く) ※FAX受信は24時間

大阪医療センター 地域医療連携室 FAX:06-6946-3517 直通TEL:06-6946-3516

地域連携ホットライン(緊急患者当日紹介専用電話):06-6942-1355 ※受付時間 平日 8:30~17:00 左記時間外は救急受付に繋がります