

市立東大阪医療センター 紹介状（診療依頼書）

市立東大阪医療センター 地域医療連携室 宛
(FAX : 06-6782-5610)

依頼日 年 月 日

【 返送方法 】

- 緊急（当日）** →地域医療連携室より迅速に電話します
(当日緊急受診又は救急搬送、緊急手術・処置が必要と思われる場合は、こちらにチェックをお願いします)
- 至急（最短日）** →予約通知書を貴院にFAXにて送付します
(最短日でご案内しますが、直近で難しい日や曜日があればご記入ください)
- 上記以外** →地域医療連携室より患者様に電話します(1営業日以内)
(患者様と予約日を調整し、予約票を郵送にて送付します
なお、予約通知書は貴院にもFAXにて送付します)

【 貴医療機関名 】

所在地 〒 -

名称

医師氏名

TEL

FAX

※診療情報提供書と併せて上記へFAXをお願いします

【 患者情報 】

太枠内の保険情報は、保険証の写しをFAXいただければ記載の必要はありません

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	旧姓	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	当院の受診歴
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女		年 月 日		<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
住所	〒 -				TEL	
保険者番号			被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	(被保険者氏名)	
記号・番号			負担割合	割	有効期限	年 月 日
公費負担者番号			受給者番号			

紹介目的	【診療科】	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 消化器センター
	希望する診療科 を一つ選択 してください	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 末梢血管センター
		<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	
		<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
		<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 口腔外科	
		<input type="checkbox"/> 内分泌代謝内科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 放射線科	
		<input type="checkbox"/> 免疫内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 歯科	
		<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科		
		<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 形成外科		
		<input type="checkbox"/> 緩和ケア内科	<input type="checkbox"/> 眼科		
		<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 臨床腫瘍科		
	【来院時の状況】	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> その他特記事項 ()
	【認知症の有無】	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(* ありの場合は、ご家族様の付き添いをお願いします)	
	【当日持参資料】	<input type="checkbox"/> X線	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()

入院の可否については原則として
診療担当医の判断となりますので、
予めご了承ください

医師のご希望がある場合はご記入ください
(ご希望に添えない場合がございます)

医師

市立東大阪医療センター 地域医療連携室 FAX06-6782-5610

地域医療連携室	TEL 06-6782-5619
診療予約受付	平日 9:00 ~ 19:30 土曜 9:00 ~ 12:30
上記時間外は、翌日若しくは休日明けの日の お返事になりますので、予めご了承ください。	
上記時間外の緊急依頼は、救急外来にご連絡ください。 (救急外来) TEL 06-6781-5101 FAX 06-6781-5107	

※ 市立東大阪医療センター記載欄