

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（最速日）** →予約通知書を貴院にFAXにて送付します
 （ 最速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 ）
- オンライン予約済**

【 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	※日中につながる連絡先をご記入ください	
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"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 内分泌代謝内科 <input type="checkbox"/> 免疫内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 臨床腫瘍科	<input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 末梢血管センター <input type="checkbox"/> 女性骨盤底センター <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	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				
	【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（ ）				

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