

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		☐ 男	旧姓	生年月日	☐ T ☐ S ☐ H ☐ R	当院の受診歴
患者氏名		☐ 女		年 月 日 歳		☐ あり ・ ☐ 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	☐ 本人 ・ ☐ 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】	☐ 消化器内科 ☐ 循環器内科 ☐ 脳神経内科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 腎臓内科 ☐ 内分泌代謝内科 ☐ 免疫内科 ☐ 血液内科 ☐ 総合診療科 ☐ 緩和ケア内科 ☐ 精神科	☐ 小児科 ☐ 消化器外科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 乳腺外科 ☐ 整形外科 ☐ 皮膚科 ☐ 形成外科 ☐ 眼科 ☐ 臨床腫瘍科	☐ 小児外科 ☐ 産婦人科 ☐ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 口腔外科 ☐ 放射線科 ☐ 歯科	☐ 末梢血管センター ☐ 女性骨盤底センター ☐ 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】	☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ その他特記事項 ()			
	【認知症の有無】	☐ なし ☒ 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】 ☐ X線 ☐ CT ☐ MRI ☐ 内視鏡 ☐ 超音波 ☐ 心電図 ☐ 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