

大阪市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

- ・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
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
- ・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、
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
ご了承のほどよろしくお願いたします
- ・女性診療科は予約対応をしておりますので診療情報をご持参の上、休診日を除
く月～金曜日の8:45～10：30にご来院下さい

医療機関情報	
医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	
担当者	

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 cm / kg		
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 <input type="checkbox"/> 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)		

ご希望の診療科に ○をご記入下さい	
<input type="checkbox"/>	総合診療科
<input type="checkbox"/>	循環器内科
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科
<input type="checkbox"/>	膠原病・リウマチ内科
<input type="checkbox"/>	生活習慣病・糖尿病センター
<input type="checkbox"/>	腎臓内科
<input type="checkbox"/>	骨・内分泌内科
<input type="checkbox"/>	消化器内科
<input type="checkbox"/>	肝胆膵内科
<input type="checkbox"/>	小児科・新生児科
<input type="checkbox"/>	神経精神科
<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	放射線科
<input type="checkbox"/>	放射線治療科
<input type="checkbox"/>	核医学科
<input type="checkbox"/>	消化器外科
<input type="checkbox"/>	乳腺・内分泌外科
<input type="checkbox"/>	心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	肝胆膵外科
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科
<input type="checkbox"/>	小児外科
<input type="checkbox"/>	脳神経外科
<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科・(腎臓移植)
<input type="checkbox"/>	眼科
<input type="checkbox"/>	耳鼻いんこう科
<input type="checkbox"/>	麻酔科・ペインクリニック科
<input type="checkbox"/>	形成外科
<input type="checkbox"/>	血液内科
<input type="checkbox"/>	脳神経内科
<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科
<input type="checkbox"/>	感染症内科
<input type="checkbox"/>	ゲノム診療科

病院記入欄	
-------	--