

# 大阪公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

<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>女性診療科は予約対応をしておりません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にご来院ください。</li> </ul>	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 ( 語)	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 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	
-------	--