

大阪急性期・総合医療センター宛

FAX 06-6693-4143

診療依頼 兼 診療情報提供書

年 月 日

紹介元医療機関の 所在地及び名称

担当者名

FAX番号

医 师 名

印

電話番号

本日の受診希望はFAXの前に必ずお電話にて連絡をお願いします

ふりがな	※ふりがなは必ずご記入ください	※旧姓がありましたら ご記入ください	性別	男・女
患者氏名	旧姓 ()			
患者住所	〒	電話番号		
		携帯電話		
生年月日	大・昭・平・令 : 年 月 日 (歳)	当センターへの来院歴 (<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)		
通訳 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (語)		手話通訳 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()		

*上記に記入しきれない場合は、別紙に記載して添付をお願いします。

大阪急性期・総合医療センター
地 域 医 療 連 携 センター 直通電話:06-6606-7014 代表電話:06-6692-1201