

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

医 師 名

印

担当者名

FAX番号

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 ( )		

貴院での状況

☐ 外来待機中 ☐ 帰宅 ☐ 入院中 ( 退院予定日 月 日 ☐ 無 )

受診希望診療科	科	希望担当医 有( 先生) ・ 無
<input type="checkbox"/> 電話済	予約日時	年 月 日 ( ) :
受診希望日	いつでも良い(翌日含む) 第1希望 月 日 第2希望 月 日	
	<input type="checkbox"/> 上記希望日で予約が取れない場合は電話連絡希望 ( <input type="checkbox"/> に✓がない場合は他の日時で予約をお取りさせていただきます )	
	ご都合の悪い日 :	
傷病名		既往歴

①紹介目的 ②家族歴 ③症状経過 ④検査結果 ⑤処方 ⑥その他


患者に対する留意事項

受診当日の移動

独歩 ・ 車イス ・ ストレッチャー

薬物禁忌 : ☐無・☐有 ( ) アレルギー ( ) 感染症 ☐無☐有 ( )抗凝固剤服用 : ☐無・☐有 ( ) 休薬の可否 : ☐可 ☐不可 ☐不明抗血小板剤服用 : ☐無・☐有 ( ) 休薬の可否 : ☐可 ☐不可 ☐不明

\*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