

開放病床入院申込書

紹介元医療機関					
登録医氏名			登録医番号		
TEL		FAX		緊急連絡先	

ふりがな				性別	男性(0)・女性(1)			
患者氏名								
生年月日	0西暦	1明治	2大正	3昭和	4平成	年	月	日
現住所	〒 _____			TEL (_____) _____		_____		
	府	市	区	町				
大阪急性期・総合医療センター(旧大阪府立病院)受診歴						あり・なし・不明		
<input type="checkbox"/> 患者さまへ開放病床ご入院の趣旨を説明し、同意を得ました。								

病名または主訴								
開放病床入院目的	<input type="checkbox"/> 診断・検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他(_____)							
病状経過・検査結果								
現在までの治療経過・処方内容								
備考								



大阪急性期・総合医療センター 地域医療連携センター

〒558-8558 大阪市住吉区万代東3-1-56 (直)06-6606-7014 FAX06-6693-4143 (代)06-6606-1201