大阪急性期・総合医療センター　**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

FAX番号

電話番号

医　師　名　　印

ふりがな 患者氏名	旧姓 （　　）	性　別	男　・　女
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（ □ ある □ ない ）	
通　訳　：□不要　□必要（　　）		手話通訳　：□不要　□必要（　　）	

受診希望診療科	科	希望担当医　有（　　先生）・無	
□　電話済	予約日時　　年　　月　　日（　　）　：　　：		
受診希望日	第1希望　　年　　月　　日（　　）／第2希望　　月　　日（　　） 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（ 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

2022.05.20 更新