FAX送信用①

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　師　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	旧姓	性　別	男　・　女
患者氏名	（　　）		
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（　語 ）		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	□ いつでも良い　□ 第1希望　月　日　□ 第2希望　月　日		
	□ 上記希望日で予約が取れない場合は電話連絡希望（上記□に✓がない場合は他の日時で予約をお取りさせて頂きます）		
	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

（2023.05.01 改訂）