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 患者氏名	※ふりがなは必ずご記入ください 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（　語 ）		手話通訳　：　□不要　□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	
□　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（□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

（2024. 5.10 改訂）