

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

医 師 名

印

電話番号

ふりがな	旧姓		性別	男 ・ 女
患者氏名	(
患者住所	〒	電話番号		
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)	

保険情報 ※正確にご記入下さい	本人・家族	保険者番号	記号	番号	有効期限等	
	公費負担等	公費負担番号	公費受給者番号			老人一部負担金等助成 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		公費負担番号	公費受給者番号			
		公費負担番号	公費受給者番号			

受診希望診療科	科	受診希望担当医	
受診希望日	第1希望 年 月 日() / 第2希望		月 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: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	アレルギー()	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
抗凝固剤服用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	休薬の可否: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明	
抗血小板剤服用: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()	休薬の可否: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 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