

診療申込書 兼 診療情報提供書

市立豊中病院依頼・提出用①

太枠内をご記入ください。

市立豊中病院「診察券(IDカード)」 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		紹介元医療機関 依頼日 年 月 日	
ID番号 <input type="text"/>		郵便番号 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
紹介先医療機関 市立豊中病院		所在地	
科 医師 あて		医療機関名	
<input type="checkbox"/> 患者さまが電話で予約します。(平日9:00~17:00)		TEL () -	
<input type="checkbox"/> 患者さまがホームページから予約します。		FAX () -	
診療希望日又は曜日 都合の悪い日又は曜日 () ()		診療科 医師名(フルネーム)	
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者氏名		性別	男・女
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TEL () -	
病名			
診療	外来	<input type="checkbox"/> 精査・治療・手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン(当日ご持参いただくもの:同意書、他:ホームページ参照) <input type="checkbox"/> 抜歯処置 * 依頼内容に、必ず歯の位置・歯の状態をご記入ください。	
	入院	<input type="checkbox"/> 入院 (<input type="checkbox"/> 開放型病床の利用) *当院への入院は、原則として診療医師の判断となります。	
病状経過 検査結果	* <input type="checkbox"/> 別紙有		
現在の処方	*薬剤アレルギー (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ...)		
*当日持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 薬手帳 ()		

F A X 06-6858-3555 (24時間受付)

[医療機関の先生方へ]

- *この用紙は、「申込書」兼「診療情報提供書(紹介状)」です。
- *当院ホームページ「地域医療連携」-「医療関係者のみなさまへ」-「診療・検査予約」-「地域医療連携室(地域連携コーナー)診療・検査予約」-「様式集(申込書)」からダウンロードできます。
- *原本は、FAX送信してから患者さまにお渡しください。

地域医療連携室	TEL 06-6858-3597(直通)
診療予約受付	平日 9:00~19:30 17時以降、翌日の予約は取れません
	木曜 9:00~17:00(8/13~15)
	土曜 9:00~12:30(FAX受付のみ)
	土曜受付分は、火曜以降の予約になります
休業日	日曜・祝日・年末年始(12/29~1/3)