

診療申込書 兼 診療情報提供書

【2026.8版】
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)」 ☐ 有 ☐ 無		紹介元医療機関		依頼日		年		月		日	
ID番号		郵便番号		〒							
紹介先医療機関		所在地									
市立豊中病院		医療機関名									
科		医師		あて		TEL (				)	
☐ 患者さんが2週間以内に電話で予約します。		☐ WEB予約済		FAX (						)	
☐ 患者さんが2週間以内にホームページから予約します。		診療科		医師名(フルネーム)							
診療希望日又は曜日		都合の悪い日又は曜日									
(				(							
フリガナ		患者氏名		生年月日		明・大・昭・平・令		年		月	
										日	
										(歳)	
性別		男・女									
住所		〒									
TEL (										)	
病名											
診療		外来		☐ 精査・治療・手術 ☐ 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)							
		☐ 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		☐ 入院 (☐ 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											
現在の処方											
*薬剤アレルギー (		☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 ...								)	
*当日持参資料		☐ X線 ☐ CT ☐ MR ☐ 内視鏡 ☐ 超音波 ☐ 心電図 ☐ 検査記録 ☐ 薬手帳 (								)	
「市立豊中病院ネット」をご利用される医療機関さまへ											
「市立豊中病院ネット」にて診療情報を閲覧するには患者本人または法定代理人の同意が必要です。ID-Linkへの登録及び市立豊中病院ネットの利用について適切に説明をし同意を得た場合は、下記の□にチェックしてください。											
☐ 「市立豊中病院ネット」にて診療情報を閲覧すること及びID-Linkへ患者の個人情報を登録することを 上記患者または法定代理人へ適切に説明し同意を得ている。											
貴院診察券番号(必須)		説明担当者氏名(必須)		診療科・閲覧者を指定する場合はご記入ください。							
		☐ 同上		診療科 (任意)				閲覧者 (任意)			
※ご利用には事前登録が必要です。「市立豊中病院ネット」の詳細、お申込みについてはQRコードまたはホームページをご確認ください。											

FAX 06-6858-3555 (24時間受付)

地域医療連携室 TEL 06-6858-3597(直通)
診療予約受付 : 平日(月・火・水・金) 9:00~19:30 (17時以降、翌日の予約は取れません)
平日(木・8/13~15) 9:00~17:00 土曜 9:00~12:30(FAX受付のみ・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)
[医療機関の先生方へ]
* 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。