

様式 1

独立行政法人 地域医療機能推進機構 大阪病院 診療情報提供書(診療等予約申込書)

紹介先

科

先生

専門クリニック・医師のご指定があればご記入ください。

紹介元

医療機関名
所在地
TEL
FAX

科
先生

☆ 開放型病院登録医師専用 【 紹介患者様が入院された場合、開放型病床に 】

(登録を希望する ・ 希望しない)

◎ 傷病名 []

◎ 紹介目的 (○を付けてください) 1. 診 療 2. 栄養指導 3. セカンドオピニオン

[自費診療で 21,600 円
検査・治療は行いません]

◎ 既往歴・家族歴・症状経過・検査結果・処方等

[
★ 詳細な情報や資料等があれば受診時にご持参ください。
]

◎ 受診日

希望なし・希望あり 平成 年 月 日 () 時 分

◎ 患者様氏名・保険証番号等

当院受診歴(有・無) (ID -)

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 (男・女)
患者氏名			年 月 日
住 所	〒	電話番号	自宅
			携帯
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費負担受給者番号	
区 分	本人・家族(被保険者名)	負 担 割 合	0割・1割・2割・3割

* 休診日 土・日・祝祭日・年末年始(12/29~1/3)

* お問い合わせ先 地域連携室 (受付時間 8:30 ~ 19:30)

(FAXは24時間稼働。但し、時間外・休日着信分は翌日対応)

TEL(06) 6441-5451 (代表) FAX(06) 6441-0512 (診療・検査予約)

TEL(06) 6441-5463 (直通) FAX(06) 6459-4599 (検査予約のみ)