



独立行政法人国立病院機構
大阪医療センター
外来申込書 (FAX用)

申込日 平成 年 月 日

★受診当日には診療情報提供書をご持参いただきますようお願いいたします。

診療依頼目的	診察の参考とするため、診療情報提供書をFAXいただくか、下記に症状等を記入下さい。 (病名・症状) _____ _____ _____ _____	
	緊急性： <input type="checkbox"/> あり 入院の必要性： <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> なし 透析の必要性： <input type="checkbox"/> 慢性透析中 <input type="checkbox"/> 緊急透析の可能性あり <input type="checkbox"/> なし 希望受診科： _____ 希望専門領域： _____ 希望受診日時： <input type="checkbox"/> 右記希望 (至急受診以外) 1) 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 2) 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 3) 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 <input type="checkbox"/> 上記希望日時で予約が取れない場合は電話連絡を希望 (上記口にしが無い場合は他の日時で予約をお取りさせていただきます) <input type="checkbox"/> 特に希望日時はないが、出来るだけ早い日を希望 希望医師名： _____ <input type="checkbox"/> 医師間の事前連絡済 (希望医師名は、特に希望される場合のみご記入下さい) <input type="checkbox"/> 希望医師で予約が取れない場合は電話連絡を希望 (上記口にしが無い場合は他の医師で予約をお取りさせていただきます)	
受診の内容		
紹介元医療機関	医療機関名： _____ 郵便番号： _____ 住所： _____ 電話： _____ F A X： _____ 医師名： _____	
患者情報	フリガナ： _____ 氏名： _____ 性別： 男・女 生年月日： M T S H 年 月 日生 (歳)	今までに大阪医療センターを受診したことが <input type="checkbox"/> あります ID _____ <input type="checkbox"/> ありません <input type="checkbox"/> 不明
返信先	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関 <input type="checkbox"/> 患者 (予約時間の調整等直接患者様と行い、予約通知書を患者様、紹介元医療機関にFAXします) 予約通知書を送付する患者連絡先 携帯： _____ FAX： _____ 電話： _____	

当院確認欄	月 日
	<input type="checkbox"/> 予約日時連絡済
	医師名： _____