年　　月　　日

大阪医科薬科大学病院　FAX 紹介申込書

FAX 072（684）6339（24 時間受信可能）

申込受付時間　平日 8:30～19:00　土曜日　8:30～12:00（第 2･4 休診）
医療連携室　TEL 直通 072-684-6338　／　代表 072-683-1221　内線 2308

① 本書と診療情報提供書を FAX してください。
（眼科・歯科口腔外科は本書のみで予約をお取りしますが、受診当日は診療情報提供書が必要です。）
② 予約調整後に予約票を FAX します。患者さんに診療情報提供書と共にお渡しください。
※画像データ：形式はＤＩＣＯＭ（ＰＤＩ準拠）でお願いします。

予約情報		
	紹介目的	□受診　□検査（　　）□身障診断 □家族相談(自費)　その他（　　） ※緊急、入院・転院の依頼は 072-684-6338 までお電話ください。
	主訴・傷病名	
	担当医をお任せいただける場合は未記入にしておいてください。 希望医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師　　医師同士連絡　済　・　無	
	受診希望日　第 1 希望	令和　　年　　月　　日（　　）
	受診希望日　第 2 希望	令和　　年　　月　　日（　　）
	受診希望日　第 3 希望	令和　　年　　月　　日（　　）
	受診希望日　不都合な日（　　）	

※）セカンドオピニオンは専用申込書（ホームページよりダウンロード）にてお申込みください。

患者情報					
	フリガナ		旧　姓	男・女	大阪医薬大受診歴
	氏　　名				有・無・不明 （　　科） ID：
	生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　歳）			
	住　　所 電話番号	〒 （自宅）　　（携帯）			
	ＡＤＬ	□独歩　□車いす　□寝たきり（来院方法　　）			
	貴院での状況	□外来患者　→　貴院で待機中ですか　　はい・いいえ □入院患者　→　□退院後の受診希望　→　予定退院日（　　） □入院中の受診希望　→　来院方法（　　）			
	保険情報	※下記に記入していただくか、保険証等のコピーをＦＡＸしてください。			
	保険者番号		公費負担者番号		
	記号・番号		公費受給者番号		
	続　　柄	本人　・　家族	公費負担割合	1 割　・　2 割　・　3 割	
	該当項目に☑願います	□生保　□労災　□第三者行為　□交通事故 ※第三者行為・交通事故の一括請求は行っておりません。			

医療機関情報	
	医療機関名
	住　　所
	電話番号
	ＦＡＸ番号
	担当科・医師名
	取次部署・担当者

○印	診療科名
	糖尿病代謝内科
	内分泌内科
	脳神経内科
	呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科
	リウマチ膠原病内科
	消化器内科
	消化器内科(化学療法)
	血液内科
	循環器内科
	腎臓内科
	総合診療科
	精神神経科
	一般･消化器･小児外科
	乳腺・内分泌外科
	呼吸器外科
	心臓血管外科・小児心臓血管外科
	脳神経外科・脳血管内治療科
	整形外科
	小児科
	新生児科
	産科・生殖医学科　妊娠 有・無
	婦人科・腫瘍科
	眼科
	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
	皮膚科
	腎泌尿器外科
	放射線診断・IVR 科、放射線腫瘍科
	放射線科オープン検査
	麻酔科・ペインクリニック
	形成外科
	歯科口腔外科
	リハビリテーション科

以下当院記入欄

	作成者	確認者
初・再		