

大阪大学医学部附属病院 紹介・予約申込書 (医療機関専用)

患者包括サポートセンター行 FAX 06-6879-5081 TEL 06-6879-5080

申込日 令和 年 月 日

医療機関名	所属科
所在地 〒	担当医
電話番号	連絡先担当者
FAX番号	

【当日の緊急依頼や転院につきましては、診療科に直接お電話をお願いします】 (TEL 06-6879-5111(代表))

フリガナ				性別	生年 月日	大 昭 平 令	年 月 日()歳
氏 名				男 女	TEL	ご自宅	— —
					携帯	— —	
外国籍の方	国 籍				ビザ・在留資格 在留期限(満了日)		
	日本公的 医療保険	☐ あり（種類： () ☐ なし			☐ 短期滞在 (年 月 日) ☐ 医療滞在 (年 月 日)		
	日本語	☐ 可能 ☐ 不可 会話できる言語 ()			☐ 就労・長期滞在 (年 月 日) ☐ 永住・定住 (年 月 日) ☐ 難民認定申請中		
紹介目的	☐ 精査 ☐ 治療 ☐ その他 ()		阪大病院 受診歴	☐ 有 診察券番号※必ず本人にご確認ください ☐ 無 ()-()-()		入院中 受診	☐ 費用に関する医療機関連絡者 ()
疾病名 (主訴又は病名)	※診療情報提供書を必ず添付してください。また当日は原本を必ず持参ください。						
希 望 診 療 科 に ○ を 付 け て く だ さ い	☐	総合診療科	☐	心臓血管外科	☐	脳神経内科	
	☐	消化器内科	☐	呼吸器外科	☐	神経科・精神科	
	☐	糖尿病・内分泌・代謝内科	☐	消化器外科	☐	脳神経外科	
	☐	呼吸器内科	☐	乳腺・内分泌外科	☐	麻酔科（申込時要紹介状）	
	☐	免疫内科	☐	小児外科	☐	産科・婦人科	
	☐	循環器内科	☐	眼科	☐	小児科	
	☐	腎臓内科	☐	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	☐	泌尿器科	
	☐	血液・腫瘍内科	☐	整形外科（申込時要紹介状） * 資料の有無は必ずチェック願います。	☐	放射線診断・IVR科	
	☐	老年・高血圧内科			☐	放射線治療科	
	☐	感染症内科	☐	皮膚科	☐	核医学診療科	
	☐		☐	形成外科	☐	てんかんセンター	
	☐		☐	子どものこころの診療センター	☐	腸管不全治療センター	
	☐	※詳細は病院ホームページの外来担当医表をご覧ください。					
医師氏名 (希望あれば)	* ご期待に添えない場合があります			先生	専門領域		
資料	☐ 有 (X線・CT・MR・内視鏡・超音波・心電図・検査記録・その他) * 整形外科受診希望の場合は、資料が必要ですので必ずご記入ください。 ☐ 無						
希望受診日	① 月 日 ()			ご都合の悪い日 ① 月 日 ()			
	② 月 日 ()			② 月 日 ()			
	③ 月 日 ()			③ その他不都合な日時			
☐ 希望日なし（依頼日から2W・3W・1ヶ月以内） 【 】							

本書をFAXしてください。予約受付完了後、「予約票・診療申込書」をFAXで送付しますので、患者さんにお渡しください。
セカンドオピニオン外来は別途専用申込書にてお申込み下さい。
※各診療科等に確認後の返信となりますので、翌日以降になる場合がございます。ご了承ください。