

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）		放射線診断・IVR科	
		老年・高血圧内科		*資料の有無は必ずチェック願います。		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 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()			ご都合の悪い日 ① 月 日 () ② 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。