

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 _____
所在地 〒 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____

所属科 _____
担当医 _____
連絡先担当者 _____

【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	<input type="checkbox"/> あり(種類:) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 短期滞在 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 医療滞在 (年 月 日)		
	日本語	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 会話できる言語 ()	<input type="checkbox"/> 就労・長期滞在 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 永住・定住 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 難民認定申請中		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他 ()	阪大病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 診察券番号※必ず本人にご確認ください <input type="checkbox"/> 無 ()-()-()	入院中 受診	<input type="checkbox"/> 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		神経内科・脳卒中科
	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
	漢方内科(完全予約制)		皮膚科		核医学診療科
	感染症内科		形成外科		てんかんセンター
					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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 無				
希望受診日	① 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
	② 月 日 ()				
	③ 月 日 ()				
	<input type="checkbox"/> 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。