

【診療申込書】 大阪府済生会中津病院

FAX : 06-6372-6871 (直通) FAX 受付時間 : 24 時間

■受診希望日 電話で予約済
 ① 月 日 (曜日)
 ② 月 日 (曜日)
 特に希望なし 都合の悪い日 _____

紹介元医療機関名 :
 所在地 :
 医師名 :
 TEL/FAX :

■診療・検査申込

希望医師 _____ 医師

受診を希望する診療科に○をご記入ください。

※ は、完全予約制です。

☆貴院で届出されている項目に○してください。

- 該当なし 在宅時(施設入居時)医学総合管理料
 在宅療養支援診療所(病院) 小児かかりつけ診療料
 地域包括診療加算 地域包括診療料

<input type="checkbox"/> 老年内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 透析シャント狭窄専門外来(火・金)午後のみ	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科頭頸部外科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 免疫アレルギー科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> 膠原病内科	<input type="checkbox"/> 精神神経科		
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	◆循環器系検査依頼◆ 循環器内科受診が必要です。紹介状に検査目的、心電図所見等をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 心エコー
◆内視鏡検査依頼◆ ペースメーカー(有・無)			<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査		<input type="checkbox"/> PAD

※CT・MRI等の画像診断は、別の「放射線診断科検査依頼書」でお申し込みください。

■病名・合併疾患・紹介目的 ⇒ 併せて「診療情報提供書」を送信いただく場合は記入不要です。

※産科、産婦人科を標榜されている医療機関様へ

紹介患者さんが妊娠されている場合は、出産予定日をご記入下さい。(年 月 日)

■患者情報 当院受診歴 (あり・なし・不明) 当院ID: _____

現状： 入院中 (DPC 対応 ・ DPC 非対応) ・ 外来通院中 (貴院にて待機中 ・ 帰宅)			
移動方法： ストレッチャー ・ 車いす ・ 歩行			
ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住所 (〒 -)		電話番号 (必ずご記入ください) 携帯： - - 自宅： - -	
保険者番号	記号	番号	有効期限
公費負担番号		公費受給者番号	

※ご予約がご希望に添えなかった場合(予約変更を含む)は、医療機関同士での調整とさせていただきます。

お問い合わせ：地域連携・患者支援センター

TEL : 06-6372-1036 (直通)

〔 上記直通番号が繋がらない場合は
06-6372-0333 (代表) にご連絡ください 〕

TEL 受付時間：平日 9時00分～19時30分

土曜日 9時00分～16時45分

※ 第2・第4土曜日休診(救急を除く)