

【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

紹介元医療機関名：

所在地：

① 月 日 （ 曜日）

② 月 日 （ 曜日）

医師名：

☐ 特に希望なし ☐ 都合の悪い日

TEL/FAX：

■診療・検査申込

希望医師 医師

★下記の項目もご記入ください。

☐ 体温（ 度・検温日 / ）

☐ 2週間以内の発熱（ 有・無 ）

☐ ココナ罹患歴（ 有・無 ）

有の場合 直近の発症日（ / ）解除日（ / ）

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。

老年内科		消化器内科		放射線治療科		泌尿器科
循環器内科		血液内科		外科		形成外科
透析シャント狭窄専門外来（火・金）午後のみ				乳腺外科		産婦人科
呼吸器内科		脳神経内科		呼吸器外科		耳鼻咽喉科頭頸部外科
腎臓内科		小児科		心臓血管外科		眼科
糖尿病内分泌内科		免疫アレルギー科		脳神経外科		歯科口腔外科
膠原病内科		皮膚科		整形外科		
総合診療内科		精神神経科	◆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。		心エコー	
◆内視鏡検査依頼◆ ペースメーカー（有・無）					ホルター心電図	
上部内視鏡検査		下部内視鏡検査			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）・通院中（貴院にて待機中 ・ 帰宅）ADL：（ ）			
外国人の方：日本語 可・不可 会話可能な言語（ ）日本語がわかる方の付き添い 有・無			
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）