

大阪南医療センター—地域医療連携室【診療申込 FAX用紙】

FAX番号：0721-50-4416(直通) 電話：0721-50-4415(直通)



*地域連携室受付時間は(月～木曜日9:00～17:15/金曜日9:00～20:00/土曜日9:00～13:00)となります。

*ただし、上記曜日で祝日の場合は対応していませんのでご了承下さい。

患者様基本情報		性別	生年月日	
患者様のご氏名	(フリガナ)	男 女	明治	年 月 日
	様		大正	()歳
住所	〒	電話番号	—	—
当センターでの受診歴の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号：)		
患者様の病名・主症状 *日本語でご記入願います。		(診療情報提供書は、でき次第、FAX送信下さい。)		現在、貴院に 通院中 入院中 (該当する方に○印をお願いします。)
ADL 該当に☑してください		<input type="checkbox"/> 独歩/ <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり ⇒ 来院方法をご記入ください[]		
医療機関名 住所 医師名			電話番号	
			FAX番号	

診療依頼項目選択

【注意事項】①複数の診療科を申し込まれる場合は1診療科につき1枚の依頼書にてお申し込み下さい。

②診察のご依頼は希望日前日までに送信下さい。

③現在、耳鼻科・眼科の予約は対応していませんのでご了承下さい。

④**効外・ホニホ**受診をご希望の方はこの申込では受付出来ません。当院のHPをご確認下さい。

以下の診療科からご依頼する科を○お選び下さい。

消化器科	脳血管内科	循環器内科 (心臓)	内分泌代謝内科	放射線科
外科	脳神経外科	心臓血管外科	血液内科	放射線治療
乳腺外科	神経内科	小児科	腎臓内科	総合内科
泌尿器科	皮膚科	産婦人科	呼吸器内科・呼吸器腫瘍内科	

整形外科		
脊椎	関節	手関節

リウマチ・膠原病・アレルギー科	
リウマチ内科	リウマチ外科

*ご希望される専門領域をご記入下さい。

*診察希望日時、医師の指定等ございましたら、以下に記入ください。

第1希望日： 月 日 曜日 (医師名等：)

第2希望日： 月 日 曜日 (医師名等：)