

◆診察・入院・内視鏡検査・長尺撮影用◆

吹田徳洲会病院 診療申込書 兼 診療情報提供書 (医療機関専用)

医療・介護連携室(直)FAX06-6878-5222 TEL06-6878-5221

※本書をFAXしてください。予約票のFAXまたは確認の為のお電話をさせていただきます。

受付時間《平日 月～金 8:30～19:00、土曜日 8:30～12:30》以降の申込みの返信は、原則翌日(土曜日は翌週)となります。

紹介元医療機関 〒  
所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

を入れて下さい

送信者 \_\_\_\_\_

患者様 氏名	フリガナ	生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日	生まれ	男 ・ 女	
						(	才)		
		住所							
受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	TEL							
<input type="checkbox"/> 診察		希望診療科	希望医師名	医師					
* 依頼内容の記入、又は診療情報提供書の添付をお願いします。									
<input type="checkbox"/> 別紙参照									
<input type="checkbox"/> 内視鏡検査			<input type="checkbox"/> 上部		<input type="checkbox"/> 下部		<input type="checkbox"/> 上部+下部		
<input type="checkbox"/> 長尺撮影			<input type="checkbox"/> 全脊椎正面		<input type="checkbox"/> 全脊椎側面		<input type="checkbox"/> 両下肢全長立位正面		<input type="checkbox"/> 両下肢全長立位側面
予約 希望日	希望日 ① _____月 _____日      ② _____月 _____日      ③ _____月 _____日								
	ご都合の悪い日:      月      日								
	④希望なし(依頼日から 2W ・ 3W ・ 1ヵ月以内)								

診察の当日には、「予約票」と「診療情報提供書(原本)」をご持参頂いてください。

【※本書をFAX送信後、お急ぎの場合は、お電話下さい。(直)TEL06-6878-5221】

【※休日・夜間の緊急依頼や転院等は、病院代表番号にお電話ください(代表)TEL06-6878-1110】