

◇診察・入院・内視鏡検査・RI検査用◇

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 〒

医療機関名

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・令	男・女
			年 月 日生まれ (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 _____ 先生 * 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				
R	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(IMP・ECD)		<input type="checkbox"/> 骨シンチ	
I	<input type="checkbox"/> Datスキャン	<input type="checkbox"/> I-123 MIBGシンチ	<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				
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。

【※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】