

◇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 年 月 日生まれ (才)	男 ・ 女
	ADL (□独歩 □車椅子 □ストレッチャー)		住所 〒 -	
受診歴	有(ID:)・無・不明	TEL		
□診察 希望診療科 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いたします。				
□別紙参照				
R I	□脳血流シンチ(IMP・ECD)		□骨シンチ	
	□Datスキャン □I-123 MIBGシンチ		□()	
内視鏡検査 □上部 □下部 □上部+下部				
└─→ 検査後の説明 □希望する □希望しない				
※検査後の説明をご希望の場合は、別途消化器内科の受診予約が必要となります。				
消化器内科予約希望日 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日				
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】

2024.12.1作成