

年 月 日

関西医科大学香里病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

F A X

医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	さま (旧姓) ※重複登録防止用	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所	〒		関西医大受診歴：有・無・不明 ID番号()
電話番号	()	携帯番号	()

主訴および傷病名(なるべく日本語でお願いします)

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院中(入院加療中の方のみ) <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> その他()		待ち状況： <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外
アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬物過敏() <input type="checkbox"/> 食物過敏()		
受診希望日 <small>該当項目に○印を ご記入ください。</small>	第1希望(当日希望の場合は以下項目も記載ください)	第2希望	第3希望
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり → 来院方法()	
	付き添い	無・有()	所要時間
	来院方法	徒歩・自転車・自家用車・バス・タクシー・救急車・その他()	
	備考(受診が難しい日時・曜日等)		

以下の項目を記入の際は、この用紙①を切り離して下さい。

保険情報(保険情報は、保険証のコピーでも可)		■公費負担医療受給者票	
■被保険者証		■公費負担医療受給者票	
保険者番号		負担者番号	
記号	番号	受給者番号	
資格取得日		有効期間	~
有効期間	~	<諸法関係> 労災(公災)、保護医療(福祉事務所名) 交通事故・その他()	
被保険者との続柄			
※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません(詳細は担当者にご相談ください)			
《受付》平日 午前8時30分~午後8時 土曜日 午前8時30分~午後12時30分 《休診日》日曜 祝日、第2・4土曜日、年末年始(12月29日~1月3日)			
■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。			
電話 072-832-9977(直通) FAX 072-832-9988			