

**関西医科大学くずは病院 診療情報提供書（紹介状）  
兼 FAX紹介予約申込書（FAX：072-809-0022）**

令和 年 月 日

関西医科大学くずは病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

**【紹介元医療機関】**

名 称			
所 在 地			
電 話 番 号		F A X	
医 師 名	⑩		

フリガナ			くずは病院 受診歴
患者氏名			有 ・ 無
生年月日	明治・昭和・令和 大正・平成・西暦	年 月 日	性別 男 ・ 女
住 所	〒 _____		
受診希望日	令和 年 月 日 ( )		
主訴・病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
既往歴 家族歴		アレルギー	
現病歴／現症 検査／所見 治療経過 現処方等	<p align="center">(必要がある場合は、別紙に記載して添付願います。)</p>		

**【保険情報・諸法関係】**

- 保険情報は、保険証の写しをFAX送信頂ければ、事前に患者情報の登録をします。
- 労災（公災）     医療保護    ( 社会福祉事務所名 )
- 交通事故         その他        ( )

注) 交通事故において保険会社への「直接請求」は、取り扱っておりません。

**【お問い合わせ先】 地域医療連携部**

〒573-1121 大阪府枚方市楠葉花園町4-1 電話 072-809-0013 (直通)