

関西医科大学総合医療センター 診療情報提供書（紹介状）
兼FAX紹介予約申込書（FAX：06-6993-9488）

令和 年 月 日

関西医科大学総合医療センター

科 先生

<紹介元医療機関>

所在地
名称
電話番号
FAX番号

印鑑又は自署

医師名：

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
住所	〒 - 電話番号（ ） -		
関西医科大学総合医療センターでの受診歴（有・無）			
受診希望日	令和 年 月 日（ ）		
主訴・傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
既往歴 家族歴	薬物アレルギー		
現病歴・現症 検査所見 治療経過 現処方等			

（必要がある場合は、別紙に記載して添付願います。）

<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いたします。

労災(公災) 医療保護(福祉事務所名) 交通事故 その他()

注) 交通事故での保険会社への直接請求は取り扱っておりません。(詳細は担当者にご相談願います。)

<お問合せ先>

地域医療連携部 〒570-8507 大阪府守口市文園町 10-15 電話 06-6993-9444 (直通)