

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 F A X 紹介予約申込書（F A X : 0 6 - 6 9 9 3 - 9 4 8 8）

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
F A X 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)		急診要望 (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			

※1. 必要がある場合は、別紙に記載して添付願います。
※2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム等媒体、検査の記録を添付してください。

<保険情報・諸法関係>

保険情報は、保険証の写しを F A X 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)