

大阪大学医学部附属病院 紹介・予約申込書 (医療機関専用)
患者包括サポートセンター行 FAX 06-6879-5081 TEL 06-6879-5080

申込日 令和 年 月 日

医療機関名	所属科
所在地 〒	担当医
電話番号	連絡先担当者
FAX番号	

【当日の緊急依頼や転院につきましては、診療科に直接お電話をお願いします】 (TEL 06-6879-5111(代表))

フリガナ				性別	昭 平 令	年 月 日()歳	
氏 名				男 女		ご自宅	— —
						TEL	携帯
外国籍の方	国籍				ビザ・在留資格 在留期限(満了日)		
	日本公的 医療保険	<input type="checkbox"/> あり (種類:)			<input type="checkbox"/> 短期滞在 (年 月 日)		
		<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 医療滞在 (年 月 日)		
	日本語	<input type="checkbox"/> 可能			<input type="checkbox"/> 就労・長期滞在 (年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 不可 会話できる言語 ()			<input type="checkbox"/> 永住・定住 (年 月 日)				
紹介目的		<input type="checkbox"/> 精査	<input type="checkbox"/> 治療	阪大病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 診察券番号※必ず本人にご確認ください	<input type="checkbox"/> 費用に関する医療機関連絡者	
		<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 無 ()-()-()	入院中 受診	()	
疾病名 (主訴又は病名)		※診療情報提供書を必ず添付してください。また当日は原本を必ず持参ください。					

希望 診 療 科 に ○ を 付 け て く だ さ い	総合診療科	心臓血管外科	脳神経内科
	消化器内科	呼吸器外科	神経科・精神科
	糖尿病・内分泌・代謝内科	消化器内科	脳神経外科
	呼吸器内科	乳腺・内分泌外科	麻酔科(申込時要紹介状)
	免疫内科	小児外科	産科・婦人科
	循環器内科	眼科	小児科
	腎臓内科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	泌尿器科
	血液・腫瘍内科	整形外科(申込時要紹介状)	放射線診断・IVR科
	老年・高血圧内科	*資料の有無は必ずチェック願います。	放射線治療科
	感染症内科	皮膚科	核医学診療科
		形成外科	てんかんセンター
		子どものこころの診療センター	腸管不全治療センター

※詳細は病院ホームページの外来担当医表をご覧ください。

医師氏名 (希望あれば)	* ご期待に添えない場合があります 先生	専門領域	
資料	<input type="checkbox"/> 有 (X線・CT・MR・内視鏡・超音波・心電図・検査記録・その他) *整形外科受診希望の場合は、資料が必要ですので必ずご記入ください。 <input type="checkbox"/> 無		
希望受診日	① 月 日 ()	ご都合の悪い日 ① 月 日 ()	
	② 月 日 ()	② 月 日 ()	
	③ 月 日 ()	③その他不都合な日時	
□希望日なし(依頼日から2W・3W・1ヶ月以内)		【 】	

本書をFAXしてください。予約受付完了後、「予約票・診療申込書」をFAXで送付しますので、患者さんにお渡しください。

セカンドオピニオン外来は別途専用申込書にてお申込み下さい。

※各診療科等に確認後の返信となりますので、翌日以降になる場合がございます。ご了承ください。

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

大阪大学医学部附属病院

子どものこころの診療センター

担当医 宛

医療機関名

所在地 〒

電話

FAX

医師名

印

患者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日生 (年 歳 ケ月)	性別
			電話番号	

患者住所 〒 -

【傷病名・主訴】

【現在の困りごとの経過】

【当院受診を希望される理由】

- 確定診断 医学的検査 転医 セカンドオピニオン 長期フォロー 研究プログラム参加
その他 ()

【発達歴・生育歴】

在胎	週	出生体重	g
独歩	歳	カ月	
単語	歳	カ月	
二語文	歳	カ月	

【学歴・就業歴】

小学校	(年～ 年)	～就職
中学校	(年～ 年)	～就職
高等学校	(年～ 年)	～就職
大学・専門学校	(年～ 年)	～就職

【既往歴・家族歴】

【発達相談歴・発達に関する診療機関受診歴・治療歴】

【現在の処方】

【発達検査歴】 (最新の結果を添付)

【支援利用状況】

- 発達支援センター (通園・通所) その他の児童発達支援事業所 放課後等児童デイサービス 週 日
保育園 幼稚園: 発達支援制度利用 加配利用 担任配慮 キンダーカウンセラー 支援なし
小学校: 特別支援学校 特別支援学級 通級利用 普通学級
中学校: 特別支援学校 特別支援学級 通級利用 普通学級
高等学校: 特別支援学校 高等専修学校 支援コース 普通学級
大学・専門学校: 支援あり 支援なし
就労支援: 就労移行支援 就労継続支援A、B 就労定着支援
就業: 一般就労 (□オープン □クローズ) 障害者雇用

【当院受診後貴院でのフォローアップの可否】

□可

□条件付きで可

□不可