

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	生年 月日	大 昭 平 令	年 月 日()歳
氏 名				男 女	TEL	ご自宅	— —
					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"/> なし			<input type="checkbox"/> 短期滞在 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 医療滞在 (年 月 日)		
	日本語	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 会話できる言語 ()			<input type="checkbox"/> 就労・長期滞在 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 永住・定住 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 難民認定申請中		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他 ()		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"/> 無 ()-()-()		入院中 受診	<input type="checkbox"/> 費用に関する医療機関連絡者 ()
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		消化器外科		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			
<input type="checkbox"/> 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（ 歳 ヶ月）	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】 <input type="checkbox"/> 確定診断 <input type="checkbox"/> 医学的検査 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 長期フォロー <input type="checkbox"/> 研究プログラム参加 その他（ ）				
【発達歴・生育歴】		【学歴・就業歴】		
在胎週	出生体重 g	小学校	（ 歳～ 歳）	へ就職
独歩	歳 ヲ月	中学校	（ 歳～ 歳）	へ就職
単語	歳 ヲ月	高等学校	（ 歳～ 歳）	へ就職
二語文	歳 ヲ月	大学・専門学校	（ 歳～ 歳）	へ就職
【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】 <input type="checkbox"/> 発達支援センター（通園・通所） <input type="checkbox"/> その他の児童発達支援事業所 <input type="checkbox"/> 放課後等児童デイサービス 週 日 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園： <input type="checkbox"/> 発達支援制度利用 <input type="checkbox"/> 加配利用 <input type="checkbox"/> 担任配慮 <input type="checkbox"/> キンダーカウンセラー <input type="checkbox"/> 支援なし <input type="checkbox"/> 小学校： <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 通級利用 <input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 中学校： <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 通級利用 <input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 高等学校： <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 高等専修学校 <input type="checkbox"/> 支援コース <input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 大学・専門学校： <input type="checkbox"/> 支援あり <input type="checkbox"/> 支援なし <input type="checkbox"/> 就労支援： <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A、B <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就業： <input type="checkbox"/> 一般就労（ <input type="checkbox"/> オープン <input type="checkbox"/> クローズ） <input type="checkbox"/> 障害者雇用				
【当院受診後貴院でのフォローアップの可否】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件付きで可 <input type="checkbox"/> 不可				