



大阪大学医学部附属病院 紹介・予約申込書 (医療機関専用)

保健医療福祉ネットワーク部行 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 (旧姓:)	男	TEL	ご自宅	- -
	女		携帯	- -
外国人の方	日本語 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	会話できる言語 ()	入院中受診	<input type="checkbox"/> 費用に関する医療機関連絡者 ()
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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	診察券番号 *必ず本人にご確認下さい [][][] - [][][][] - [][][]
疾病名 (主訴又は病名)	※診療情報提供書を添付してください。また当日は原本を必ず持参ください。			

希望診療科に○をつけて下さい	総合診療科	心臓血管外科	神経内科・脳卒中科
	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) *資料の有無は必ずチェック願います。	放射線診断・IVR科
	老年・高血圧内科		放射線治療科
	漢方内科(完全予約制)	皮膚科	※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。
	形成外科		

医師指名 (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下さい。 <input type="checkbox"/> 無		
受診希望日	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は別途専用申込書にてお申込み下さい。

* 受付時間(月～金 9:00～18:00)以降のお申込みの返信は、原則翌日以降(金曜日は翌週)となります。

※また、整形外科・心臓血管外科・脳神経外科・麻酔科・漢方内科・放射線科・移植関係は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。