**★診療情報提供書（紹介状）も一緒にFAX送信をお願いします。**

地域医療連携センター　FAX　0120-846-489 (直)　　**TEL　0120-803-220** (直)

淀川キリスト教病院　診察依頼申込書

貴医療機関名

**至急折り返しの連絡要！！**

住 所

ＴＥＬ ／ ＦＡＸ

【希望受診日】　（ 有　・　無 ） 【希望医師】

①　　　　　月　　　　日（　　　）

②　　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師

**【希望診療科】**診療科に○をつけてください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 糖尿病･内分泌内科 |  | 小児科 |  | 心臓血管外科 |
|  | 血液内科 |  | 小児外科 |  | 耳鼻科・小児耳鼻科 |
|  | リウマチ膠原病内科 |  | 婦人科 |  | 眼科 |
|  | 腎臓内科 |  | 産科 |  | 整形外科 |
|  | 脳血管神経内科 |  | 脳神経外科 |  | 形成外科・小児形成外科 |
|  | 循環器内科 |  | ペインクリニック |  | 皮膚科 |
|  | 呼吸器内科 |  | 外科 |  | 泌尿器科 |
|  | 消化器内科 |  | 呼吸器外科 |  | 腫瘍内科 |
|  | 総合内科 |  | 乳腺外科 |  | 放射線治療科 |

※ □印で囲みのある診療科は、完全予約制となっております。

**※当日受診希望・救急受診**をご希望の場合は、**電話にてご依頼**をお願いいたします。

**※□ 外来　　□ 入院中**（支払方法がわかるものも一緒にご送付ください）

＜患者情報＞　　　淀川キリスト教病院受診歴　　無　・　有（患者番号　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼目的  ●分娩のご予約の場合　週数（　　　）予定日（　　　　）　□　単胎妊娠　□　双胎妊娠　□　品胎妊娠 | | | |
| フリガナ |  | 性別　男 ・ 女 |  |
| 氏　名 | 旧姓（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日　明治 ・大正 ・ 昭和 ・ 平成・ 令和    　　　　　年　　　月　　　日 （　　　　 歳） | |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　 　℡ | | |
| 保　険 | □国保　□協会　□共済　□組合　□後期高齢　□生保　□交通事故　□労災 | | |

* 個人情報については、医療連携の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。

個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

※　業務時間外の場合、翌日(休日の場合は第一日目の業務日)の返信となります。

**※地域医療連携センター業務時間　平日9:00～20:00　土曜日9:00～13:00**