

★当日の緊急依頼や転院につきましては、お電話をお願いいたします。

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

☐ 外来患者(待機中)

☐ 外来患者(帰宅)

住所

☐ 入院患者(支払方法がわかるものを一緒に送付して下さい)

TEL

FAX

送信者:

【希望受診日】 ① 希望日なし(都合の悪い日・曜日:) ② 第一希望 月 日/第二希望 月 日 ③ 依頼日から2W・3W・1ヶ月・3ヶ月 【透析】 月水金 火木土 他()	【希望医師】 ・なし ・あり (医師)
---	---------------------------------------

【希望受診科】診療科に○をつけて下さい ☐ :完全予約制の科となります。

★診療情報提供書(紹介状)も一緒にFAXをお願いします。

☐ 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
☐ 歯科口腔外科	☐	☐

<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 ☐ 別紙参照		☐ 当日CD-R持参予定
分娩申込みの場合 週数() 予定日(/) ☐ 単胎 ☐ 双胎(膜性:DD/MD) ☐ 品胎		
フリガナ 氏名	性別 男・女 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
外国人の方:日本語 可・不可→話せる方同伴でお願いします。		保険証:有・無
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下さい。

※ 地域医療連携センター TEL 受付時間 平日9:00~19:00 土曜日9:00~13:00

FAX 受付時間 平日9:00~18:00 土曜日9:00~12:00

※ 業務時間外の場合、翌日(休日の場合は第一日の業務日)の返信となります。