

★ 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

住所

TEL

FAX

☐ 外来患者(待機中)

☐ 外来患者(帰宅)

☐ 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)

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

★診療情報提供書(紹介状)も一緒にFAXをお願いします。

<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科	予約制	<input type="checkbox"/> 小児科		<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	予約制
<input type="checkbox"/> 血液内科	予約制	<input type="checkbox"/> 小児外科	予約制	<input type="checkbox"/> 耳鼻科/小児耳鼻科	
<input type="checkbox"/> リウマチ膠原病内科		<input type="checkbox"/> 婦人科	予約制	<input type="checkbox"/> 眼科	予約制
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	予約制	<input type="checkbox"/> 産科	予約制	<input type="checkbox"/> 整形外科	予約制
<input type="checkbox"/> 脳血管神経内科	予約制	<input type="checkbox"/> 脳神経外科		<input type="checkbox"/> 形成外科/小児形成外科	予約制
<input type="checkbox"/> 循環器内科		<input type="checkbox"/> パインクリニック	予約制	<input type="checkbox"/> 皮膚科	予約制
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科		<input type="checkbox"/> 外科		<input type="checkbox"/> 泌尿器科	予約制
<input type="checkbox"/> 消化器内科		<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	予約制	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	予約制
<input type="checkbox"/> 総合内科	予約制	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	予約制	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	予約制
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	予約制	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

<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 <input type="checkbox"/> 別紙参照	<input type="checkbox"/> 当日CD-R持参予定
分娩申込みの場合 週数() 予定日(/)	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎(膜性:DD/MD) <input type="checkbox"/> 品胎
フリガナ 氏名 (旧姓:)	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→話せる方同伴をお願いします。	保険証:有・無
住所 〒	TEL:
保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 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。