

外来診察予約依頼書 (FAX専用)

記載日: _____年 ____月 ____日

医療福祉生活協同組合おおさか
東大阪生協病院 地域連携課 宛

ご紹介元医療機関

名称: _____	医師名: _____	印 _____
所在地: _____		
TEL: _____	FAX: _____	_____

紹介先

診療科: _____	科 _____	医師名: _____	医師 _____
------------	---------	------------	----------

希望受診日

【第1希望】 _____年 ____月 ____日 ()	【第2希望】 _____年 ____月 ____日 ()
-------------------------------	-------------------------------

患者様情報

フリガナ _____	<input type="radio"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
患者氏名 _____	<input type="radio"/> 女	_____年 ____月 ____日生 (____ 歳)			
住所 _____	TEL _____	_____	_____		
当院受診歴: <input type="checkbox"/> あり (患者ID番号: _____)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明			
現在の状況: <input type="checkbox"/> 外来通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	(<input type="checkbox"/> 出来高算定	<input type="checkbox"/> DPC算定	<input type="checkbox"/> その他)	
移動方法: <input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー			

診療情報

傷病名	
紹介目的	
既往歴
病状の経緯
治療及び検査結果
現在の処方
※ご記入いただくか診療情報提供書の添付をお願い致します。	

FAX受付時間: 月～金...9:00～17:00 土...9:00～12:30 休診日: 日曜、祝日、年末年始 (12/29午後～1/4)

※上記受付時間外の FAX は、翌日のお返事となります。(FAX は 24 時間受信可)

東大阪生協病院 地域連携課
〒577-0825 東大阪市長瀬町1-7-7

FAX : 06-6720-2250 【直通】
TEL : 06-6727-3138 【直通】