

# 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 FAX 06-6879-5081 TEL 06-6879-5080

申込日 平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所属科 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

担当医師 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

**【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))**

[患者さんデータ]

氏名	フリガナ -----	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平 ( 歳)	男女 男 女
		TEL		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院中受診 費用に関する医療機関連絡者( )		
主訴 (症状等)	※ご記入いただくか紹介状の添付をお願い致します(紹介状は当日必ずご持参ください) <input type="checkbox"/> 統合失調症外来受診 <input type="checkbox"/> 統合失調症入院プログラム(クロザピン治療など) <input type="checkbox"/> 児童思春期外来受診 <input type="checkbox"/> 発達障害診断 (養育者の来院が必須となります: <input type="checkbox"/> 養育者の同伴が可能 ) <input type="checkbox"/> mECT 治療			
希望診療科	神経科精神科 専門領域 ( )	希望医師	橋本亮太	
阪大病院の受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
診察券番号 [ ] - [ ] - [ ]				
資料に○印 (X線・CT・MR・内視鏡・超音波・心電図・検査記録・その他) ・ 資料なし <b>※整形外科受診希望の場合、資料が必要です必ずご記入ください。</b>				
その他	希望日① 月 日② 月 日③ 月 日 ④希望なし(依頼日から2W・3W・1ヶ月以内) ご都合の悪い日: 月 日			

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し込みください。

※受付時間(月～金 9:00～16:00)以降のお申込みの返信は、原則翌日(金曜日は翌週)となります。

また、整形外科、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あります。

特に整形外科の脊椎外科は、専門医が予約日を決定しますので、返信が1～4日かかりますのでご了承願います

## 診療科

消化器内科

内分泌・代謝内科

呼吸器内科

免疫・アレルギー内科

循環器内科

腎臓内科

神経内科・脳卒中科

血液・腫瘍内科

老年・高血圧内科

漢方外来

消化器外科

心臓血管外科

乳腺・内分泌外科

呼吸器外科

小児外科

眼科

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

整形外科

皮膚科

形成外科

神経科・精神科

脳神経外科

麻酔科

産科婦人科

小児科

泌尿器科

放射線診断科