入院外来診察申込書　兼　診療情報提供書

西暦　　年　　月　　日

八尾徳洲会総合病院　　紹介元医療機関

＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿Dr

医療機関名
医師名
電話番号
FAX番号

患　者　情　報　（保険情報を必ず添付してください）

フリガナ		生年月日（年齢）	年　月　日生 （　　）歳
氏名	（旧姓:　　）　男・女		
住所	〒		
入所施設名			
電話番号	－　　－	携帯/その他	－　　－
現在の状況	□入院中　□通院中　□施設入所中　□往診　□透析（曜日　　）　□酸素使用中		
ADL・来院方法	□独歩　□車椅子　□ストレッチャー　□介護タクシー　□施設の車　□病院の救急車　□市の救急車		
付添	□家族　□その他（　　）　□無（単独）		

紹介目的		□診察　□入院	希望日時	
希望する病室		□総室　□個室	都合の悪い日時	
診療情報提供	傷病名			
	既往歴			
	症状経過 及び 検査結果			
	現在処方			

八尾徳洲会総合病院　病診連携室　受付時間　平日9時～19時　土曜　9時～13時
※休みは日曜、祝日と12月31日～1月3日　　TEL　072-993-9637　FAX　072-993-8718

＊保険情報もFAXいただきますようお願い致します。