

# 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**

※該当項目に必ずチェックをつけてください

フリガナ					<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 酸素使用中 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
氏名(旧姓)	男 (                      )女	状態			
生年月日	(西暦) 年 月 日生 歳	付添 有無	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無(単独)		
住所	〒 _____				
入所施設名					
電話番号	-                      -	携帯 その他	-                      -		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 透析(曜日                      )				
来院方法	<input type="checkbox"/> 自己来院 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 施設の車 <input type="checkbox"/> 病院の救急車 <input type="checkbox"/> 救急車				

**有効期限の  
記載がある  
保険情報**

もFAX送信して  
いただきますよう  
お願い致します

<b>紹介目的</b>	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院	<b>希望日時</b>	
<b>希望する病室</b>	<input type="checkbox"/> 総室 <input type="checkbox"/> 個室	<b>都合の悪い日時</b>	
<b>診療情報提供</b>	<b>傷病名</b>		
	<b>既往歴</b>		
	<b>症状経過 及び 検査結果</b>		
	<b>現在処方</b>		

**備考**

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 9～13時  
 TEL 072-993-9637 FAX 072-993-8718  
 ※休みは日曜、祝日と12月31日～1月3日