

依頼日 平成 年 月 日

診療情報提供書（診察予約依頼書）

紹介先：八尾市立病院

紹介元医療機関情報

診療申込科： _____ 科

希望医師名： _____ Dr

医療機関名	
医師名	
住所	
TEL	— —
FAX	— —

患者情報

フリガナ		性別	生年月日			
氏名		○女	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
		○男	年 月 日 (歳)			
住所	〒 —					
TEL	— —		その他連絡先			
八尾市立病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日頃			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> 通院加療 <input type="checkbox"/> 精査希望 <input type="checkbox"/> その他					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	老健施設	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 退所見込み	平成 年 月 日頃		
来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			※該当項目に必ずチェックをつけてください		

診療情報	病名、主訴等	_____				
	現在処方	_____				

持参データ	<input type="checkbox"/> フィルム (<input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> XP造影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI)
	<input type="checkbox"/> CD-R (<input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> XP造影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI)
	<input type="checkbox"/> 内視鏡写真 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()

予約希望

◎都合の悪い日時					※なるべく記入ください
◎希望日時	第1希望	月 日	第2希望	月 日	
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金				

備考	_____

八尾市立病院 地域医療連携室	
FAX	072-922-8167
TEL	072-922-0887

※FAXは24時間稼働です。即日対応は20時到着分までです。