

# 診療申込書兼診療情報提供書

市立豊中病院依頼・提出用①  
太枠内をご記入ください。

市立豊中病院「診察券(IDカード)」 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ID番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 紹介先医療機関 市立豊中病院 科 _____ 医師 あて _____ <input type="checkbox"/> 患者様が予約の電話を直接されます。(平日9:00~17:00) 診療希望日又は曜日 _____ 都合の悪い日又は曜日 _____ ( _____ ) ( _____ )	紹介元医療機関 _____ 依頼日 _____年 _____月 _____日 郵便番号 〒 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 所在地 _____ 医療機関名 _____ TEL ( _____ ) _____ FAX ( _____ ) _____ 診療科 _____ 医師名(フルネーム) _____
--	--

フリガナ			生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
患者氏名						
住所	〒 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		TEL ( _____ ) _____			
病名						
診療	外来	<input type="checkbox"/> 精査・治療・手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン(当日ご持参いただくもの：同意書、他：ホームページ参照) <input type="checkbox"/> 抜歯処置 * 依頼内容に、必ず歯の位置・歯の状態をご記入ください。				
	入院	<input type="checkbox"/> 入院 ( <input type="checkbox"/> 開放型病床の利用 ) * 当院への入院は、原則として診療医師の判断となります。				
病状経過 検査結果	* <input type="checkbox"/> 別紙有					
現在の処方	* 薬剤アレルギー ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ... )					
* 当日持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 薬手帳 ( _____ )					

## FAX 06-6858-3555

**[医療機関の先生方へ]**

- ・この用紙は、「申込書」兼「診療情報提供書(紹介状)」です。
- ・原本(1枚目)は、FAX送信してから患者様にお渡しください。

**地域医療室 TEL 06-6858-3597(直通)**  
 診療予約受付：平日 9:00~19:30  
 木曜、8/13~15 9:00~17:00  
 土曜 9:00~12:30(FAX受付のみ)  
 休業日：日曜・祝日・年末年始(12/29~1/3)

※市立豊中病院処理欄					
科最終	H	年	月	日	予約
最終来院	H	年	月	日( )	予約日 月 日( )
新患		確認			時間
医 精 歯 産 問 プレ 医事					担当医
パス 開					DR

※この様式は、当院ホームページ「医療機関の方へ」-「診療・検査予約」-「様式集」からダウンロードできます。