

大阪回生病院 地域医療連携センター 診療・検査申込用紙 (FAX送信用) FAX:06-6393-8362

紹介元医療機関名		申込日 : 年 月 日
住 所		貴院ご担当者氏名 : ( )
T E L		★貴院で届出されている項目に☑をつけてください★
F A X		<input type="checkbox"/> 在宅時(施設入居時)医学総合管理料
紹介医師名		<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所(病院) <input type="checkbox"/> 小児かかりつけ診療料
		<input type="checkbox"/> 地域包括診療加算 <input type="checkbox"/> 地域包括診療料

受診希望日 電話で予約済 ※当日受診をご希望の際は、お電話にてご依頼をお願い致します。

第1希望日 月 日 曜日	第2希望日 月 日 曜日	第3希望日 月 日 曜日	希望医師
その他ご都合			医師

診療予約 ご希望の診療科に○をおつけください

消化器内科	循環器内科	糖尿病 内分泌内科 (直近の採血データが必要)	呼吸器内科
脳神経内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科
皮膚科	形成外科	泌尿器科	脳神経外科
眼科	眼形成手術センター	歯科 口腔外科	
睡眠医療センター	※睡眠医療センターへのお問い合わせは下記の代表電話番号におかけください		

検査予約 ご希望の検査に○をおつけください

CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 部位( )	※造影検査は6ヶ月以内のクレアチニン・e-GFRの採血結果も一緒にFAXをお願いします		
MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 部位( )	画像データ… <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R 結果… <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り		
上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 経口( <input type="checkbox"/> 鎮静剤有/ <input type="checkbox"/> 鎮静剤無) <input type="checkbox"/> 経鼻	※下部内視鏡検査は消化器内科の診察からになります。	
心エコー	心電図	ホルター心電図	長時間心電血圧記録検査 (ABPM)
腹部エコー	胃透視	骨塩定量	脳波
下肢血管エコー	頸動脈エコー	ABI 身長( cm) 体重( kg)	

紹介目的 \*診療情報提供書(紹介状)も一緒にFAX送信をお願い致します。

--

患者情報 大阪回生病院受診歴 無 / 有(ID : )

フリガナ		大・昭・平・令	男・女
患者氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	(旧姓 : )		
住所	〒 -	自宅 TEL - -	
		携帯 TEL - -	

※貴院入院中(支払方法がわかるものも一緒にご送付ください) 退院後受診

貴院外来通院中 (帰宅済/貴院待機中)

来院 本人 家族のみ ※患者様が来院されない場合は保険適応外となります。

移動方法 ストレッチャー(乗せ換え 要・不要) 車イス 歩行

予約受付時間

大阪回生病院 地域医療連携センター

TEL :06-6393-7135(直通)

平日: 9:00~19:00

※木曜日は17:00まで

土日祝: 取扱いなし

予約受付時間

睡眠医療センター

TEL :06-6393-6234(病院代表)

平日: 9:00~12:00

13:00~17:00

土日祝: 取扱いなし