大阪南医療センター地域医療連携室　診察依頼書（ＦＡＸ用紙）

❤ 患 者 様 基 本 情 報 ❤

なお、セカンドオピニオン外来は別途問い合わせください。

フリガナ		性　別	□男　□女
氏　　名		電話番号	（　　）
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　（　　歳）		
住　　所	（〒　　）		
当院での受診歴の有無	□無　□有　ＩＤ番号		
患者様の病名・主症状 ※必ずご記入願います			
貴医療機関名 住　　所 貴医師名		現在、貴院に 通院中　・　入院中 （該当する方に○印をお願いします）	
電話番号		ＦＡＸ番号	

❤ 診　察　依　頼　項　目　選　択 ❤

下記、診療科に、ご記入願います。（診療情報提供書のＦＡＸが必要となります。）
尚　骨密度測定はリウマチ（内科）金曜日ＡＭにて、ご依頼願います。（診療情報提供書が必要）
（複数科希望の際は１診療科ごとに一枚ずつ依頼書が必要となります）

診察のご依頼　※予約は希望日前日までにお願いします。
当日のご依頼は通常の診察でお願いします。

内 科（腎臓）　内　科（糖尿・内分泌）　呼吸器科　消化器科　循環器科（心）

脳血管内科　外　科　整形外科（脊椎）　整形外科（関節）　脳神経外科

心臓血管外科　皮 膚 科　泌尿器科　産婦人科　眼　科　小 児 科

アレルギー科　リウマチ（内科系）　放射線治療

第１希望日　　月　　日　　曜日（　　）

第２希望日　　月　　日　　曜日（　　）

※ご希望がございましたら、（　　）内に専門領域
または、医師名をご記入下さい。

大阪南医療センター　地域医療連携室　電話 0721-50-4415　ＦＡＸ0721-50-4416