阪和記念病院　診察　・　検査　依頼書

年　　月　　日

紹介元医療機関　　TEL

医師名　　FAX

ふりがな 患者氏名		男・女	生年月日　・　・	歳
患者住所	〒　　－　　電話番号（　　）　　―			

保険者番号	記号	番号

本人　・　家族 （被保険者名　　）	資格取得日　　有効期限 ・　・　～　・　・	負担割合 1割・2割・3割

老人一部負担金等助成	高齢受給者証	その他助成等
あり　・　なし	あり　・　なし	
公費負担番号	公費受給者番号	有効期限
		・　・

労災　・　交通事故　・　医療保護（　　福祉事務所）	
錦秀会受診歴	あり　・　なし

★　患者情報・保険情報に関しましては、保険証等のコピーをFAXしていただいても結構です。

依頼内容	
受診項目	外来診察　・　入院依頼　・　CT検査　・　MR検査　・　内視鏡検査（　上部　・　下部　）
受診希望日	①　　月　　日（　）　　：　　～
	②　　月　　日（　）　　：　　～
ADL	独歩　・　杖歩行　・　車いす　・　ストレッチャー　・（　　）
傷病名	
留意事項	禁忌薬（　　）　・　抗血栓薬（　　）　・　糖尿薬（　　）

★　診療情報提供書・採血データ・投薬内容等と共にFAXで送信していただければ幸いです。

★　検査依頼の場合は、検査依頼箋をFAXで送信いただければ幸いです。

★　緊急の受診や入院をご希望される場合は、お手数ですが直接お電話いただければ幸いです。

阪和記念病院　地域社会部　地域医療連携課

〒558-0041　大阪市住吉区南住吉３丁目５番８号　☎06-6696-0105　　FAX 06-6696-0106

FAX送信先➡06-6696-0106（直通）　阪和記念病院　地域医療連携課