

大阪回生病院 予約センター 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	精神神経科
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	生年月日	大・昭・平・令	男・女
患者氏名 (旧姓 :)	年 月 日 (歳)		
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

お問い合わせ

大阪回生病院 予約センター

TEL : 06-6393-7135(予約センター直通)

TEL : 06-6393-6234(病院代表)

予約受付時間

平日: 9:00~19:00 ※木曜日は17時まで

土: 9:00~12:45

日祝: 取扱いなし