

大阪南医療センター地域医療連携室【診療申込 FAX用紙】

FAX番号：0721-50-4416(直通) 電話：0721-50-4415(直通)



*地域連携室受付時間は（月～木曜日9:00～17:15/金曜日9:00～20:00/土曜日9:00～13:00）となります
*ただし、上記曜日で祝日の場合は対応していませんのでご了承下さい。

患者様基本情報		性別	生年月日	
患者様のご氏名	(フリガナ)	男 女	明治	年 月 日生
			大正	
住所	〒	電話番号	-	-
当センターでの受診歴の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号:)		
患者様の病名・主症状 *日本語でご記入願います		(診療情報提供書を添えてFAX送信下さい。)		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。)
ADL 該当に☑してください		<input type="checkbox"/> 独歩 / <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり ⇒ 来院方法をご記入ください[]		
医療機関名 住所 医師名			電話番号	
			FAX番号	

診療依頼項目
緩和ケア病棟 入棟面談外来
*診察希望日時、医師の指定等ございましたら、以下に記入ください。
第1希望日： 月 日 曜日
第2希望日： 月 日 曜日