

# 外来診察予約依頼書 (FAX専用)

記載日: 平成 年 月 日

医療生協かわち野生活協同組合  
東大阪生協病院 地域連携室 宛

## ご紹介元医療機関

名称: _____	医師名: _____	印 _____
所在地: _____		
TEL: _____	FAX: _____	_____

## 紹介先

診療科: _____	科 _____	医師名: _____	医師 _____
------------	---------	------------	----------

## 希望受診日

【第1希望】	年	月	日 ( )	【第2希望】	年	月	日 ( )
--------	---	---	-------	--------	---	---	-------

## 患者様情報

フリガナ _____	○男	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
患者氏名 _____	○女	_____年	_____月	_____日生 ( _____ 歳)	
住所 _____	TEL _____				
当院受診歴: <input type="checkbox"/> あり (患者ID番号: _____)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明			
現在の状況: <input type="checkbox"/> 外来通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 出来高算定	<input type="checkbox"/> DPC算定	<input type="checkbox"/> その他	
移動方法: <input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー			

## 診療情報

傷病名	
紹介目的	
既往歴	-----
病状の経緯	-----
治療及び検査結果	-----
現在の処方	-----

※ご記入いただくか診療情報提供書の添付をお願い致します。

FAX受付時間: 月～金…9:00～16:30 土…9:00～12:30 休診日: 日曜、祝日、年末年始(12/29～1/4)

※受付時間後のFAXは、翌日のお返事となります。(FAXは24時間受信OK)

東大阪生協病院 地域連携室 FAX:06-6727-3284

東大阪市長瀬町1-7-7 TEL:06-6727-3131