

FAX:075-251-5241 / 075-251-5289 (24時間受付)

事前診察申込書(初診)

受診希望日 ① 平成 年 月 日 ()
 ② 平成 年 月 日 ()

受診を希望する医師名() ・ 無

受診希望診療科

御紹介患者様

(番号に○印をつけてください)

フリガナ		性別	旧姓
氏名		男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ()歳		
住所	〒 -		
電話	() - (携帯)		
<input type="checkbox"/> 入院中(紹介元医療機関に入院中の場合はチェックを入れてください)			
<input type="checkbox"/> 他施設入所中(他施設に入所中の場合はチェックを入れてください)			

90	総合診療科
51	消化器内科
52	循環器内科
53	腎臓内科
54	呼吸器内科
55	内分泌・糖尿病・代謝内科
56	血液内科
57	膠原病・リウマチ・アレルギー科
41	脳神経内科
61	消化器外科
62	心臓血管外科
63	呼吸器外科
64	内分泌・乳腺外科
65	移植・一般外科
66	形成外科
06	脳神経外科
07	整形外科
72	産婦人科
10	眼科
11	皮膚科
12	泌尿器科
13	耳鼻咽喉科
14	精神科・心療内科
15	放射線科
15	陽子線治療
18	疼痛・緩和ケア科
09	小児科
32	小児外科
33	小児心臓血管外科
17	歯科
93	漢方外来
84	感染症科
94	リハビリテーション科
	リウマチセンター

保険情報 ※保険証の写しをFAXしていただければ、記入は不要です。

保険者番号		記号	
		番号	
資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日
被保険者	本人・家族	負担割合	割

公費医療等 (有・無) ※有・無に○を記載願います。

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	年 月 日 負担割合 割

府立医大附属病院発行の診察券 (有・無)

有的場合:ID番号 (- -)

紹介元医療機関

名称			
所在地			
TEL/FAX	TEL() FAX()		
	※時間外連絡先 ()		
診療科	科	担当医	

傷病名	
部位・専門分野	
連絡事項 (ご紹介目的、症状等をご記入下さい。)	

セカンドオピニオンをご希望の場合は
事前にお問い合わせ下さい。

がんのセカンドオピニオンの相談は
がんセカンドオピニオン外来まで
お願いします。(電話:075-251-5284)

予約の変更・キャンセルの際は、
地域医療連携室までご連絡ください。
(電話:075-251-5286)