

診療情報提供書兼申込書

様式3

(正・控)

平成 年 月 日

第二大阪警察病院

担当医 _____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師氏名

電話番号 () - FAX () -

フリガナ _____ 生年月日 M・T・S・H _____ 年 月 日 (歳)

患者氏名 _____ 性別 男 ・ 女

住所 〒 _____

電話番号 ()

保険者 本人・家族	保険 番号									公 費								

老人一部負担金免除 無 ・ 有 (割)

受診希望日 第1(月 日 曜日) 第2(月 日 曜日) 第3(月 日 曜日)

1.傷病名 <input type="checkbox"/> 別紙参照
2.紹介目的 <input type="checkbox"/> 別紙参照
3.既往歴及び家族歴
4.症状経過及び検査結果
5.治療経過及び現在の処方
6.紹介目的終了後の診療方針 (何れかに○を付けてください。) ①紹介元医療機関 ②第二大阪警察病院 ③両者の相談により決定

第二大阪警察病院 地域医療連携室 TEL:06-6773-8012 FAX:06-6773-8017

備考 1.必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2.必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。