診療情報提供書兼申込書

様式３
(正･控)
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　T・S・H・R　年　月　日(　歳)
患者氏名	性別　男　・　女
住所　〒 電話番号（　）	

保険者	保険番号									公								
本人・家族										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
☐ 別紙参照

2.紹介目的
☐ 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。

第　二　大　阪　警　察　病　院