**診療情報提供書兼申込書**年　　月　　日

大阪警察病院 　 紹介元医療機関名

　　　　　　　科　　　　　　　　　先生　　　　 医師名　　　　　　　　　　　　　　 印

 〒 　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

 TEL(　　　)　　　－　　　FAX(　　　)　　　－

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者 | フリガナ | (フリガナは必ず) | 警察病院受診歴　　　有 (　　　　　年頃 ) ・ 無 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 (　　　才) | 職業 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　TEL　自宅 (　　　)　　　－　　　 連絡先 (　　　)　　　－ |
| 傷　病　名 |  |
| 紹 介 目 的 | 1.診察　2.検査　3.手術　4.入院　5.その他 ( 該当する番号に○印をつけて下さい ) |
|  |
| 医師確認 | * 患者に検査の正当性を説明した（2.検査目的の場合は□にチェックして下さい）
 |
| C＠RNA予約 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分　予約済み |
| 受診希望日 | 第1 (　　　月　　　日 )　第2 (　　　月　　　日 )　 第3 (　　　月　　　日 ) |
| ※希望が通らない時　　　　　　　曜日希望　 |
|  |
| 1. 症状経過及び検査結果　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□別紙参照
 |
| 2．治療経過及び現在の処方 |
| 3．既往歴及び家族歴 |
| 4．その他 |
| 5．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大阪警察病院　　　③両者の相談により決定
 |
| 患者に対する留意事項（下記の該当する箇所に○印をつけて下さい）　　受診当日のADL（自立以外）：歩行器・車いす・ストレッチャー　　薬物禁忌　　：無・有(　　　　　　　　　　　　)　　感染症　　　　：無・有(　　　　　　　　　　　)　　抗凝固剤服用：無・有( )　　抗血小板剤服用：無・有(　　　　　　　　　　　) |
| 保険証 | 保険者番号 |  | 記号 |  | 番号 |  | 枝番 |  |
| 公費負担者番号 |  | 公費受給者番号 |  | 本人　・　家族 |

　　大阪警察病院　地域医療連携センター　TEL(06)6775-2863　FAX(06)6775-2864