

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			
	氏名	男・女		有(.....年頃)・無			
	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		<input type="checkbox"/> 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	