

診療情報提供書兼申込書

年 月 日

大阪警察病院

科 先生

紹介元医療機関名 _____

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() - 携帯等() -					
	外国籍の方	国籍(任意)		日本語	可・日常会話程度・不可(会話可能な言語:)		
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)					
Web 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					
保 險	保険者番号		無	記号		番号	
	公費負担者番号				公費受給者番号		

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()