

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		<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)							
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 険	保険者番号		無	記号		番号		枝番	
	公費負担者番号		公費受給者番号			本人・家族			

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 ()