**診　療　情　報　提　供　書 （正）**

大阪警察病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　科　　　　　　　　　先生　　　紹介元医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL(　　　)　　　－　　　　FAX(　　　)　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 明・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）
 |
| 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既往歴　②家族歴　③症状経過　④検査結果　⑤治療経過　⑥現在の処方　⑦その他 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 患者に対する留意事項　　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 |  |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考 | 老人一部負担金免除有・無 | 本人・家族 | 被保険者名 |  | 続柄 |  |

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