

# 診療情報提供書兼申込書

年 月 日

大阪警察病院 ・ 第二大阪警察病院 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・第二大阪警察病院      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		
	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  
 第二大阪警察病院 地域医療連携室 TEL(06)6773-8012 FAX(06)6773-8017