**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 | | | 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） | | | | | | | | | | | | | |
| 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（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