

様式3
紹介医 → 大阪赤十字病院

紹介状 (診療・検査申込依頼書)

病院送付用

令和 年 月 日

大阪赤十字病院

科 先生

[事務局 大阪赤十字病院医療連携課]
TEL: 06-6774-5127
FAX: 06-6774-5126

紹介元医療機関

名称	印
紹介医氏名	
住所 〒	
TEL:	
FAX:	

フリガナ		大阪赤十字病院での受診歴 : 無・有
患者氏名	男・女	(ID番号: -)
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (才)	
住所	〒	
	自宅TEL: - - 携帯TEL - -	
保険者番号	記号	資格取得日 年 月 日
	番号	有効期限 年 月 日
被保険者	本人・家族 (被保険者氏名)	負担割合 割
公費番号		資格取得日 年 月 日
受給者番号		有効期限 年 月 日
老免	無・有	負担割合 割

※上記項目につきましては、貴院におけるカルテ表紙のコピーを送信していただいても結構です。

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査のみ (<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査)	
希望日	第一希望 令和 年 月 日 (曜日)	
	第二希望 令和 年 月 日 (曜日)	
傷病名	既往歴及び家族歴	
病状経過・検査結果・治療結果・現在の処方・その他 ※検査のみ依頼の場合は依頼内容 (検査理由・背景疾患等含め) を記入して下さい。		
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり [来院方法]	
薬物禁忌	無・有 ()	感染症 無・有 ()
貸出チェック欄	X線 枚 CT 枚	
※必要がある場合は、画像診断のフィルム・検査等の記録を添付の上、欄内にご記入ください。		

必要がある場合は、別紙に記載して添付をお願いします。