

診療情報提供書兼申込書

様式3

(正・控)

年 月 日

第二大阪警察病院

担当医 _____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師氏名

電話番号 (_____) _____ - _____ FAX (_____) _____ - _____

フリガナ _____ 生年月日 M、T、S、H 年 月 日 (_____ 歳)

患者氏名 _____ 性別 男 ・ 女

住所 〒 _____

電話番号 (_____)

保険者 本人・家族	保険 番号									公 費								

老人一部負担金免除 無 ・ 有 (_____ 割)

受診希望日 第1(_____ 月 _____ 日 曜日) 第2(_____ 月 _____ 日 曜日) 第3(_____ 月 _____ 日 曜日)

1.傷病名

別紙参照

2.紹介目的

別紙参照

3.既往歴及び家族歴

4.症状経過及び検査結果

5.治療経過及び現在の処方

6.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第二大阪警察病院 ③両者の相談により決定

第二大阪警察病院 地域医療連携室

TEL:06-6773-8012 FAX:06-6773-8017

- 備考 1.必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2.必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。

第 二 大 阪 警 察 病 院