

関西労災病院 紹介状

送付先FAX番号 **06-6416-8016**

○ お申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

関西労災病院 医療連携総合センター内 地域医療室 宛

TEL:06-6416-1785

※本日、救急車により搬送依頼する場合は、**本用紙は用いずに開業医専用ダイヤルへお電話下さい**

開業医専用ダイヤル 06-6416-0205

○ 紹介希望診療科・医師

診療科 _____

医師名 _____

○ 貴院の名称等

医療機関名 _____

医 師 名 _____

所 在 地 _____

連 絡 先 _____

○ 受診希望日

第1希望 _____ 月 _____ 日

第2希望 _____ 月 _____ 日

希望日なし

○ 回答の緊急

本日中 後日でも可

■ 電話番号 _____ - _____ - _____

■ FAX番号 _____ - _____ - _____

○ 受診方法※

独歩 車いす ストレッチャー その他 (_____)

○ 紹介患者情報

フリガナ _____ 生 年 月 日 _____ 年齢 _____ 性別 _____

氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日 #N/A _____

〒 _____ 連絡先(☎/📠) _____

住所 _____

保険区分 健康保険 労災保険 自由診療 その他 (_____)

○ 紹介目的等

診察 転院相談 口腔外科技歯 その他 (_____)

■ 病名 _____

■ 主訴 ※ 病名または主訴を必ずご記入いただくか、診療情報提供書を添付していただければ幸甚です。

■ 透析の有無 有り (月コース 火コース) 無し ■ 当院受診歴 有り 無し