

診療予約申込書

《予約センター》

大阪国際がんセンター 予約センター 直通番号

申込日： 年 月 日

FAX:06-6945-1885

TEL:06-6945-1880

受付時間／平日 午前9:00～午後8:00(土・日・祝日、年末年始は休診)

※FAXは24時間受信しておりますが、午後7:00以後に受信しました申込みにつきましては翌営業日に受付書類のFAXをお送りいたします。

保険情報		貴医療機関情報	
被保険者氏名		所在地	
保険種別		名称	
記号・番号		電話	
保険者番号		FAX	
公費負担者番号		医師名	
公費負担受給者番号			

患者様の情報			
患者様氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日 (満 歳)
住所	〒	国籍:	
自宅TEL		携帯TEL	
患者情報	医療通訳 <input type="checkbox"/> 要	渡航歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月ごろ)	
言語	日本語 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 会話ができる言語()		
紹介目的	診療情報提供書(紹介状)の添付を必ずお願い致します。 ※診療情報提供書(紹介状)は当日必ずご持参下さい。		
受診希望科	科	医師名	医師
受診希望日	①希望日 月 日 () ②希望日 月 日 () ③希望なし ご都合の悪い日 : 月 日		
大阪国際がんセンター受診履歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	紹介元医療機関 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 退院後受診 <input type="checkbox"/> 入院中受診	費用に関する医療機関連絡者 ()
糖尿病治療薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : ビグアナイド系糖尿病治療薬内服 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
当院来院時の状況(予測)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 酸素使用中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
持参資料 ※必ず記入	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム (<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR) <input type="checkbox"/> 病理組織標本 <input type="checkbox"/> その他 ()		

センター処理欄

受付No.

月 日 () 時 分 (科 医師)

本診療予約申込書は大阪国際がんセンター ホームページよりダウンロードいただけます。 https://oici.jp/hospital/medical/chiikirent/oici_Shinryo_Annai/

(2024.04.01改定)