

## 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。

医療保険		貴医療機関情報	
公的保険証の所持： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生活保護		所在地	
受診希望日		名称	
第1希望日	月 日 ( )	電話	
第2希望日	月 日 ( )	FAX	
<input type="checkbox"/> 希望なし		医師名	
<input type="checkbox"/> 都合の悪い日( )			

受診予約診療科			
<input type="checkbox"/> 消化器外科(食道)	<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 腫瘍皮膚科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科
<input type="checkbox"/> 消化器外科(胃)	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科
<input type="checkbox"/> 消化器外科(大腸)	<input type="checkbox"/> 頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 消化管内科	<input type="checkbox"/> 血液内科
<input type="checkbox"/> 消化器外科(肝胆膵)	<input type="checkbox"/> 整形外科 (骨軟部腫瘍科)	<input type="checkbox"/> 肝胆膵内科	<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし(担当医)
<input type="checkbox"/> 放射線腫瘍科	<input type="checkbox"/> その他 【科】	医師指名	医師
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。		

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"/> 令
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日 (満 歳)
自宅TEL		携帯TEL	
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"/> 退院後受診 <input type="checkbox"/> 入院中受診
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 ( )	患者のPaformance Status	0・1・2・3・4
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 ( )		

外国人の方へ ※外国人の方のみご記入をお願いします。			
言語	日本語 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	会話ができる言語( 語 )	
患者情報	国籍 ( )	母国語 ( )	
	医療通訳 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	渡航歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 年 月ごろ)	1年以内の海外入院歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

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/](https://oici.jp/hospital/medical/chiikirent/oici_Shinryo_Annai/)

(2024.11.07改定)