≪予約センター≫

# 診 療 予 約 申 込 書

## 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。

| 受診希望日 | |
|---|---|
| 第1希望日 | 月 日( ) |
| 第2希望日 | 月 日( ) |
| □ 希望なし | □ 都合の悪い日( ) |

| 希望医師 | |
|---|---|
| □ 希望あり | □ 希望なし(担当医) |
| 医師指名 | ( )医師 |

| 医療保険 |
|---|
| 公的保険証の所持 ： □あり □なし □生活保護 |

| 貴医療機関情報 |
|---|
| 所在地 |
| 名 称 |
| 電 話 |
| ＦＡＸ |
| 医師名 |

| 受診予約診療科 | | | |
|---|---|---|---|
| □ 消化器外科(食道) | □ 呼吸器外科 | □ 泌尿器科 | □ 小児科 |
| □ 消化器外科(胃) | □ 呼吸器内科 | □ 婦人科 | □ 歯科口腔外科 |
| □ 消化器外科(大腸) | □ 乳腺・内分泌外科 | □ 脳神経外科 | □ その他 |
| □ 消化器外科(肝胆膵) | □ 血液内科 | □ 頭頸部外科 | 【 科】 |
| □ 消化管内科 | □ 腫瘍内科 | □ 整形外科(骨軟部腫瘍科) | |
| □ 肝胆膵内科 | □ 腫瘍皮膚科 | □ 放射線腫瘍科 | |

| 紹介目的 | □ 手術 □ 精査・加療 □ その他 ( ) |
|---|---|
| 1. 悪性腫瘍が疑われている | → □はい □いいえ |
| 2. 当該悪性疾患に対する治療歴(手術・薬物療法・放射線療法) | → □なし □あり |
| 3、透析が必要な慢性腎障害 | → □なし □あり |

| 患者様の情報 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者様 氏 名 | フリガナ | 性別 □ 男 □ 女 | 生年月日 | □ 大 □ 昭 □ 平 □ 令 年 月 日 (満 歳) |
| 電 話 番 号 | ( ) — | ※「大阪国際がんセンター」から連絡して差し支えない番号を記入ください。 | | |
| 大阪国際がんセンター受診履歴 | □ 無 □ 有 □ 不明 | 紹介元医療機関 | □ 入院中 □ 外来 □ その他 ( ) | |
| 当院来院時の状況(予測) | □ 独歩 □ 車いす □ ストレッチャー □ その他 ( ) | 患者の Performance Status | 0・1・2・3・4 | |
| 持参資料 | □ CD-R □ CT □ MR □ 病理組織標本 □ その他 ( ) | | | |

| 受診にあたり必要な配慮について | | |
|---|---|---|
| 言 語 | 日本語での会話 □ 可 □ 不可 | 母国語 ( ) |
| その他(認知・言語・視覚・聴覚障害など) | □ なし □ あり ( ) | |

センター処理欄

月 日( ) 時 分 ( 科 医師) 受付No.

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/

(2026.11.1改定)