



大阪大学医学部附属病院 紹介・予約申込書 (医療機関専用)

患者包括サポートセンター行 FAX 06-6879-5081 TEL 06-6879-5080

申込日 令和 年 月 日

医療機関名	_____	所属科	_____
所在地 〒	_____	担当医	_____
電話番号	_____	連絡先担当者	_____
FAX番号	_____		

【当日の緊急依頼や転院につきましては、診療科に直接お電話をお願いします】 (TEL 06-6879-5111 (代表))

フリガナ	_____	性別	_____	大 昭 平 令	年 月 日 () 歳
氏 名	(旧姓: _____)	女	生年 月 日	ご自宅	- -
			TEL	携帯	- -
外国人の方	日本語 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 会話できる言語 (_____)	入院中受診	<input type="checkbox"/> 費用に関する医療機関連絡者 (_____)		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	阪大病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	診察券番号 *必ず本人にご確認下さい	____-____-____
疾病名 (主訴又は病名)	※診療情報提供書を添付してください。また当日は原本を必ず持参ください。				
希望診療科に○をつけて下さい	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 神経内科・脳卒中科		
	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 神経科・精神科		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌・代謝内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科		
	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 麻酔科 (申込時要紹介状)		
	<input type="checkbox"/> 免疫内科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 産科・婦人科		
	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 小児科		
	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科		
	<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 整形外科 (申込時要紹介状) *資料の有無は必ずチェック願います。	<input type="checkbox"/> 放射線診断・IVR科		
	<input type="checkbox"/> 老年・高血圧内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科		
	<input type="checkbox"/> 漢方内科 (完全予約制)	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 核医学診療科		
			<input type="checkbox"/> てんかんセンター		
			<input type="checkbox"/> 腸管不全治療センター		
※詳細は病院ホームページの外来担当医表をご覧ください。					
医師指名 (希望あれば)	*ご期待に添えない場合があります		先生	専門領域	
資料	<input type="checkbox"/> 有 (X線・CT・MR・内視鏡・超音波・心電図・検査記録・その他) *整形外科受診希望の場合は、資料が必要ですので必ずご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 無				
受診希望日	① 月 日 ()	ご都合の悪い日	① 月 日 ()		
	② 月 日 ()		② 月 日 ()		
	③ 月 日 ()		③その他不都合な日時		
	<input type="checkbox"/> 希望日なし (依頼日から2W・3W・1ヶ月以内) 【 _____ 】				

本書をFAXしてください。予約受付完了後、「予約票・診療申込書」をFAXで送付しますので、患者さんにお渡しください。

セカンドオピニオンは別途専用申込書にてお申込み下さい。

* 受付時間 (月～金 9:00～18:00) 以降のお申込みの返信は、原則翌日以降 (金曜日は翌週) となります。

※また、整形外科・心臓血管外科・脳神経外科・麻酔科・漢方内科・放射線科・移植関係は診療科等に確認後の返信となりますので、翌日以降になる場合がございます

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

大阪大学医学部附属病院

子どものこころの診療センター

発達障害外来担当医 あて

医療機関名

所在地 〒

電話

FAX

医師名

印

患者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日生（ 歳 ヶ月）	性別
		電話番号		

患者住所 〒 -

【傷病名・主訴】

【現在の困りごとの経過】

【当院受診を希望される理由】

確定診断 医学的検査 転医 セカンドオピニオン 長期フォロー 研究プログラム参加
 その他（ ）

【発達歴・生育歴】

在胎 週 出生体重 g
 独歩 歳 ヶ月
 単語 歳 ヶ月
 二語文 歳 ヶ月

【既往歴・家族歴】

【発達相談歴】

【発達検査歴】（最新の結果を添付）

【療育利用状況・学校園での支援状況】

発達支援センター（通園・通所） その他の児童発達支援事業所 放課後等児童デイサービス 週 日
 保育園 幼稚園： 発達支援制度利用 加配利用 担任配慮 キンダーカウンセラー 支援なし
 小学校： 特別支援学校 特別支援学級 通級利用 普通学級
 中学校： 特別支援学校 特別支援学級 通級利用 普通学級

【発達に関する診療機関受診歴・治療歴】

【現在の処方】

【当院受診後貴院でのフォローアップの可否】 可 条件付きで可 不可