

母子医療センター初診予約申込書

(産科以外)

[送信先] 大阪母子医療センター【患者支援センター】

FAX : 0725-56-5605

【予備】0725-56-7785 (回線混雑時等にご使用ください)

記入者 医療機関 患者さん

当センターからの返信先 医療機関へ返信希望 患者さんへ返信希望

* 正確にご記入ください (TEL ・ FAX)

※患者さんに FAX する場合は、貴医療機関にも併せて FAX いたします。

紹介 医療機関	名称	部署																						
	医師名																							
	TEL				FAX																			
患者さんの 状況	ふりがな					<input type="checkbox"/> 男																		
	患者氏名					<input type="checkbox"/> 女																		
	生年月日	西暦	年	月	日生 (歳)																			
	通訳	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 英語 ・ <input type="checkbox"/> ベトナム語 ・ <input type="checkbox"/> 中国語 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()																					
	TEL	※当センターから問い合わせ可能な番号をご記入ください。																						
	主訴又は 病名 [紹介理由]	【セカンドオピニオンの申込書は別になっております】																						
受診の 内容	受診希望 科名	<input type="checkbox"/> 母性内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器・アレルギー科 <input type="checkbox"/> 子どものこころの診療科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器・内分泌科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 腎・代謝科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 遺伝診療科 <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 ※産科の申込書は別になっております																						
	受診希望 医師名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()																						
	受診 希望日	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 4か月以内 受診希望曜日 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						月	火	水	木	金	午前	<input type="checkbox"/>	午後	<input type="checkbox"/>								
		月	火	水	木	金																		
午前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
午後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 受診歴あり (西暦 年 月 頃 ・ 科)																							

注1 紹介状は、別途、必要ですので初診時に患者さんがご持参ください。 2025年4月改訂

2 希望される受診曜日について、該当するところに○印を付けてください。

3 患者さんへの返信を希望される場合は、返信先 FAX 番号を必ずご記入ください。

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町 840	患者支援センター 初診予約係
地方独立行政法人大阪府立病院機構	TEL : 0725-56-9890 (直通)
大阪母子医療センター	0725-56-1220 (代表)