**母子医療センター初診予約申込書**

[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**

（ 産科以外 ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入者 | [ ]  医療機関 [ ]  患者さん | 　　　　　　【予備】０７２５－５６－７７８５(回線混雑時等にご使用ください) |
| 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 |  | [ ] 男[ ] 女 |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生　（　　　歳） |
| 通　訳 | [ ] 要・[ ] 不要 | [ ] 英語・[ ] ベトナム語・[ ] 中国語・[ ] 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 | [ ] 母性内科　　 　　　　[ ] 脳神経内科　　　[ ] 形成外科　　 　[ ] 整形外科[ ] 呼吸器・アレルギー科 [ ] 子どものこころの診療科　　　　　 [ ] 循環器内科[ ] 消化器・内分泌科　　 [ ] 小児外科　　　　[ ] 眼科　　　　　　[ ] 口腔外科[ ] 腎・代謝科　　　 　 [ ] 脳神経外科　　　[ ] 耳鼻咽喉科　　　[ ] 遺伝診療科[ ] 血液・腫瘍科　　　 　[ ] 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 | [ ]  なし　　[ ]  あり（　　　　） |
| 受　診希望日 | [ ]  1週間以内　　　　[ ]  1か月以内　　　　[ ]  4か月以内受診希望曜日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 午　前 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 午　後 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

 |
| センター受診歴 | [ ]  初回 　 [ ]  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

注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。

注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　　　　　FAX：　　　　　　０７２５－５６－１２２０（代表）