**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）