

産科用

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

【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			
	医師名			
	TEL	FAX		
患者さんの 状況 確認事項	ふりがな	患者氏名	生年 月日 年齢	昭和・平成・令和・西暦
				年 月 日生 () 歳
	TEL	自宅 携帯	*当センターから問合せ可能な番号をご記入下さい	
	ご住所	※ 母子手帳は取得されましたか (未・取得済)		
	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()	
	主 訴 病 名 紹介理由	以下の項目についてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> わからない ・妊娠反応陽性日 (年 月 日) ・最終月経日 (年 月 日頃) ・出産予定日 (年 月 日) ・週数 (週 日) <input type="checkbox"/> セミオープンシステムを利用する *必ず枠内のいずれか(複数可)にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 合併症なし <input type="checkbox"/> 合併症あり(下部空欄に詳細をご記載ください) <input type="checkbox"/> 胎児疾患あり(下部空欄に詳細をご記載ください) *合併症: 妊婦さんご自身の病気 <input type="checkbox"/> 多胎 … 双子・三つ子など <input type="checkbox"/> 出生前診断希望 (理由)		
受診の ご希望	受診希望 医師名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	受診希望 曜 日 (午前のみ)	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> いつでも		
	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. 紹介状がある場合は、初診時に患者さんをご持参ください。

2022年10月改訂

注2. 希望医師名は、特に希望される場合のみご記入ください。

注3. 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4. 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。

注5. 出生前診断はかかりつけ医からの申込みのみ受け付けます。必ず紹介状をご持参ください。

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840
地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪母子医療センター

患者支援センター 初診予約係
TEL : 0725-56-9890 (直通)
0725-56-1220 (代表)