

## 事前受付のご案内

紹介元医療機関の先生から診療情報提供書ご記入後、

.....  
**患者保険情報連絡票(1枚目)を**  
.....  
**あらかじめ、FAX送信して頂きますと**  
.....

患者支援センター地域医療連携部門でカルテ・診察券をあらかじめ用意いたします。  
当日は保険証確認後、すみやかに受診科をご案内いたします。

※なお、患者様をご紹介いただいても、あらかじめFAXによるご連絡がなければ、一般の患者様と同様にお待ちいただくこととなります。紹介患者様の待ち時間短縮のためにも、お手数ですが、あらかじめ患者支援センター地域医療連携部門へのFAXによるご連絡をお願いいたします。

## 申込方法

診療情報提供書（紹介状）の取り扱いについて

### ■ 3枚綴りとなっております

- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| 1枚目 | 患者保険情報連絡票                |
| 2枚目 | 紹介状・診療情報提供書（暇生会脳神経外科病院控） |
| 3枚目 | 紹介状・診療情報提供書（紹介元医療機関控）    |

FAXを頂いた患者様については、当方より予約通知書をFAXにて返送させていただきます。  
当日、予約通知書と共に、紹介状を持参いただくようお願い申し上げます

## 使用方法

1枚目からご記入ください。

- 1枚目 必要事項を記入しFAX送信をお願いします。

**【FAX】 072-877-7915**

- 2枚目 封筒に入れて患者様へお渡し下さい。

- 3枚目 紹介元医療機関控

### 患者支援センター地域医療連携部門／受付時間

《受付》 平日 午前9時～17時 土曜日 午前9時～12時

《休診日》 日曜・祝日、年末年始（12月30日午後～1月3日）

 社会医療法人 信愛会 てっせいかい 暇生会 脳神経外科病院 患者支援センター地域医療連携部門

〒575-8511 大阪府四條畷市中野本町28-1  
TEL 072-877-7912（直通）

# 予約申し込み書

FAX送信用 ①

西暦 年 月 日

暇生会脳神経外科病院	紹介元医療機関の所在地
科	名称
先生	住所 〒
	TEL ー ー
	FAX ー ー
	医師名

フリガナ		住所 〒
患者氏名		TEL
生年月日	年 月 日生 ( 歳)	男・女

主訴および傷病名

紹介目的 (精査・診察・転医・手術・リハビリ・その他)

検査依頼 にチェックし、ご希望の部位・CT・MRIに✓印をお付けください。

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 整形領域	撮影部位( )	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 (有・無)
	<input type="checkbox"/> C T			(造影 有・無)	<input type="checkbox"/> 入れ墨 (有・無)
	<input type="checkbox"/> MRI			(造影 有・無)	<input type="checkbox"/> 体内金属 (有・無)
	<input type="checkbox"/> MRA			(造影 有・無)	↳有( )

その他の検査依頼

以下の項目を記入の際には、この用紙①を切り離して下さい。

受診希望日	西暦	年	月	日 ( )
保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも可)				
〈備考〉				
<b>■被保険者証</b>			<b>■第1公費負担医療受給者票</b>	
保険者番号			負担者番号	
記号   番号			受給者番号	
資格取得日			有効期限	~
有効期限		~		
被保険者との続柄			<b>■第2公費負担医療受給者票</b>	
			負担者番号	
			受給者番号	
			有効期限	~
〈諸法関係〉				
労災(公災)、医療保護(福祉事務所名 )				
交通事故・その他( )				
※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません。(詳細は担当者にご相談ください)				
患者支援センター 地域医療連携部門 / 受付時間				
社会医療法人 信愛会 暇生会 脳神経外科病院 〒575-8511 大阪府四條畷市中野本町28-1				
《受付》 平日 午前9時~17時 土曜日 午前9時~12時				
《休診日》 日曜・祝日、年末年始(12月30日午後 ~ 1月3日)				
■ご不明な点がございましたら、患者支援センター地域医療連携部門までお問い合わせください。				
《患者支援センター地域医療連携部門》 電話 072-877-7912 FAX 072-877-7915				

# 紹介状

西暦 年 月 日

暇生会脳神経外科病院	紹介元医療機関の所在地
科	名称
先生	住所 〒
	TEL — —
	FAX — —
	医師名 <span style="float: right;">⑩</span>

フリガナ		住所 〒
患者氏名		TEL
生年月日	年 月 日生 ( 歳)	男・女

主訴および傷病名

紹介目的 (精査・診察・転医・手術・リハビリ・その他)

検査依頼 にチェックし、ご希望の部位・CT・MRIに✓印をお付けください。

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 整形領域	撮影部位( )	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 (有・無)
	<input type="checkbox"/> C T			(造影 有・無)	<input type="checkbox"/> 入れ墨 (有・無)
	<input type="checkbox"/> MRI			(造影 有・無)	<input type="checkbox"/> 体内金属 (有・無)
	<input type="checkbox"/> MRA			(造影 有・無)	↳有( )

その他の検査依頼

現病歴および現症  
検査所見  
治療経過等

現在の処方

備考 1.宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入ください。 2.必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。



# 紹介状

西暦 年 月 日

暇生会脳神経外科病院	紹介元医療機関の所在地
科	名称
先生	住所 〒
	TEL — —
	FAX — —
	医師名 <span style="float: right;">④</span>

フリガナ		住所 〒
患者氏名		TEL
生年月日	年 月 日生 ( 歳)	男・女

主訴および傷病名

紹介目的 (精査・診察・転医・手術・リハビリ・その他)

検査依頼 にチェックし、ご希望の部位・CT・MRIに✓印をお付けください。

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 整形領域	撮影部位( )	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 (有・無)
	<input type="checkbox"/> C T			(造影 有・無)	<input type="checkbox"/> 入れ墨 (有・無)
	<input type="checkbox"/> MRI			(造影 有・無)	<input type="checkbox"/> 体内金属 (有・無)
	<input type="checkbox"/> MRA			(造影 有・無)	↳有( )

その他の検査依頼

現病歴および現症  
検査所見  
治療経過等

現在の処方

備考 1.宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入ください。 2.必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。