

様式3  
紹介医 → 大阪赤十字病院

# 紹介状 (診療・検査申込依頼書)

病院送付用

令和 年 月 日

大阪赤十字病院

科 先生

[事務局 大阪赤十字病院医療連携課]  
TEL: 06-6774-5127  
FAX: 06-6774-5126

## 紹介元医療機関

名称	印
紹介医氏名	
住所 〒	
TEL:	
FAX:	

フリガナ			大阪赤十字病院での受診歴 : 無・有			
患者氏名	男・女		(ID番号: -)			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (才)					
住所	〒					
	自宅TEL: - -		携帯TEL - -			
保険者番号	記号	資格取得日	年	月	日	
	番号	有効期限	年	月	日	
被保険者	本人・家族 (被保険者氏名)		負担割合	割		
公費番号			資格取得日	年	月	日
受給者番号			有効期限	年	月	日
老免	無・有		負担割合	割		

※上記項目につきましては、貴院におけるカルテ表紙のコピーを送信していただいても結構です。

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査のみ ( <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 )				
希望日	第一希望	令和	年	月	日 (曜日)
	第二希望	令和	年	月	日 (曜日)
傷病名	既往歴及び家族歴				
病状経過・検査結果・治療結果・現在の処方・その他 ※検査のみ依頼の場合は依頼内容 (検査理由・背景疾患等含め) を記入して下さい。					
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり [来院方法]				
薬物禁忌	無・有 ( )		感染症	無・有 ( )	
貸出チェック欄	X線 枚 CT 枚				
※必要がある場合は、画像診断のフィルム・検査等の記録を添付の上、欄内にご記入ください。					

必要がある場合は、別紙に記載して添付をお願いします。