

大阪府立母子保健総合医療センターへの連絡について

この度は「診療情報提供書」の作成にご協力くださりありがとうございます。

「診療情報提供書」は初診時に患者さんがお持ちくださいますようお願いいたします。

重ねてお手数をおかけし、申し訳ございませんが、大阪府立母子保健総合医療センターへの初診予約についても主治医の先生からご連絡くださいますようお願い申し上げます。

申し込みの手順

- ・ 「母子医療センター初診予約申込書」にご記入の上、FAXにてご送信ください。
（宛先：大阪府立母子保健総合医療センター地域医療連携室 FAX: 0725-56-5605）
 - 「主訴又は病名」欄には「iPSS プロジェクト参加希望」とご記入ください
 - 「受診希望科名」欄は「⑩遺伝診療科」を選択してください
 - 「受診希望医師名」欄には「岡本伸彦」とご記入ください
 - 岡本先生の初診診察日は火曜日・木曜日の午前（9:00～12:00）です。患者さんがご希望される曜日・時間帯を「受診希望日」欄にご記入ください
- ・ 30分以内に「診察予約票」「診療申込書」が返信されますので、患者さんにお渡し下さい。

【送付・問い合わせ先】

大阪府立母子保健総合医療センター地域医療連携室

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町 840

TEL: 0725-56-9890（直通） FAX: 0725-56-5605

母子医療センター一初診予約申込書

(産科以外)

[送信先] 大阪府立母子医療センター【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	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 患者さん
-----	-------------------------------	-------------------------------

当センターからの 返信先	<input type="checkbox"/> 医療機関へ返信希望	* 正確にご記入ください () (TEL・FAX)
	<input type="checkbox"/> 患者さんへ返信希望	

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				<input type="checkbox"/> 男																		
	患者氏名				<input type="checkbox"/> 女																		
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (歳)																		
	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	【セカンドオピニオンの申込書は別になっております】																					
[紹介理由]	【感染症については、当センターでは取扱いできません】																						
受診の 内容	受診希望 科名	①母性内科 ⑥小児神経科 ⑪形成外科 ⑭整形外科 ②呼吸器・アレルギー科 ⑦子どものこころの診療科(旧発達小児科) ⑮小児循環器科 ③消化器・内分泌科 ⑧小児外科 ⑫眼科 ⑯口腔外科 ④腎・代謝科 ⑨脳神経外科 ⑬耳鼻咽喉科 ⑰遺伝診療科 ⑤血液・腫瘍科 ⑩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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()																					
	受診 希望日	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 4か月以内 受診希望曜日 <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					月	火	水	木	金	午前						午後					
		月	火	水	木	金																	
午前																							
午後																							
センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 受診歴あり (平成 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。 2014年7月改訂
 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。
 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 地域医療連携室 (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)
大阪府立母子保健総合医療センター	0725-56-1220 (代表)

※この文書は患者さんにお渡しください

大阪府立母子保健総合医療センターの受診に際して

この度は iPS 細胞樹立及び研究プログラムへのご理解ご協力を賜りましてありがとうございます。

主治医の先生から受け取った「診療情報提供書」、大阪府立母子保健総合医療センターから届きました「診察予約票」「診療申込書」を、初診時にお持ちください。

こども医療センターより郵送にて「受診連絡票」が届きますので今しばらくお待ちください。

【受診の流れ】

- ① 総合受付カウンター7番 初診受付にお越しください
- ② 「診療情報提供書」「診察予約票」「診療申込書（※あらかじめご記入ください）」「保険証」「医療証」「診察券（※お持ちの方）」を提出ください
- ③ 受付手続終了後、「保険証」「医療証」をお返しします
- ④ 「診療情報提供書調査票」「診察予約票」「診察券」をファイルにまとめてお返ししますので、小児外来受付にご提出ください。