

大阪大学医学部附属病院への転院申込書（医療機関専用）

※転院予定診療科と直接、話し合いができている場合のみ、お申し込みください。

話し合いができていない場合、申込書を送られても無効です。

申込日： 年 月 日

医療機関名：

所在地：〒

電話番号： FAX番号：

所属科： 担当医：

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
		電話番号	
住所	〒		
紹介目的		阪大病院 受診歴	無 ・ 有 ※必ず本人にご確認ください 診察券番号
転院予定 診療科		転院先医師名 ※必ずご記入ください	

本書を転院調整中の診療科へ郵送、または大阪大学医学部附属病院入退院センター（FAX：06-6879-5278）へご送付ください。

※受け取った診療科は入退院センターへ送付ください (FAX: 5278)

ID 発行後、入退院センターから転院先診療科医師へ連絡します。

以下、大阪大学医学部附属病院 医事課記載

発行 ID :

発行日 : 発行者 :

※患者 ID 発行後、電子カルテへスキャンすること