

# おおさかグローバル整形外科病院 地域連携だより

酷暑の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。  
平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。  
令和5年8月1日付けの外来診療担当医表をご案内致します。

## ～患者サポートセンター開設について～

7月18日より当施設の地域医療連携部が「患者サポートセンター」(院内呼称)として再編成致しました。

これまで1階フロアにあった地域連携課と2階フロアの医療相談課が1階フロアの同ルームに集合し、face to face でコミュニケーションをとることができるようになりました。

そして、入退院支援看護師4名・MSW4名・医療事務員1名・病床管理看護師長1名・副センター長(看護部長)・センター長(脊椎外科部長)とスタッフの体制も拡充したことで、前方・後方支援がより充実するよう地域のみなさまと連携を図っていきたいと考えております。

これまでと変わらず、これまで以上にどうぞよろしくお願い致します。

副センター長(看護部長) <sup>にしまえ よしえ</sup> 西前 慶枝

## ～診察申込依頼書の記入箇所が分かりやすくなりました～

地域医療連携部 宛

紹介元情報	
傷害部位	
紹介元医療機関名	

こちらに傷病名(症状)とともに『紹介元情報』をご記入ください。

※受診予約日にMRI撮影が実施

患者様情報	
フリガナ	姓
氏名	

診察申込依頼書

おおさかグローバル整形外科病院(印: 教習形外科病院) FAX: 06-6786-6203 (直)  
TEL: 06-6786-6202 (直)

紹介元情報	
紹介元医療機関名	希望医師名
紹介元住所	紹介元医師名
紹介元TEL	紹介元FAX

※診察情報提供書がございましたら別紙添付をお願いします。

受診目的			
既往歴			
受診希望日	年 月 日	曜日	当院での受診歴
第二希望日	年 月 日	曜日	有口・無口

※診察希望日・第二希望日は空白にしてください。希望日・第二希望日に変更がございましたら、後日撮影になる事がございますので、ご了承ください。

氏名	性別	被保険者	国籍
生年月日	男口 女口	本人口 家族口	
郵便番号	〒	〒	
住 所			

どちらか当てはまる場合は  
ご記入ください。

※健康保険証、医療証があれば添付して下さい。  
※地域医療連携部の業務時間 月～金 8:30～17:00 (日祝除く)  
※院内関係のご依頼は、営業日のご対応となりますことをご了承下さい。  
おおさかグローバル整形外科病院 地域医療連携部

こちらにご紹介くださる患者様の情報(氏名・生年月日等)をご記入ください。

当院ホームページに Excel 版と PDF 版のフォーマットがございます。  
ご活用頂けたら幸いです。今後とも何卒宜しくお願い申し上げます。

