

FAX 専用 診療予約申込書

年 月 日

※本紙を診療情報提供書とともに地域ネットワークセンターまでご送付ください。

大阪刀根山医療センター

地域ネットワークセンター宛

FAX **06-6844-8778**

TEL 06-6853-2090 (直通)

06-6853-2001 (代表)

受付時間： 平日 9:00~18:00

(木曜日のみ 9:00~17:00)

※診療科によって、17時以降のお申込に対するお返事は

翌営業日以降になります。

※当日のご予約はお取りできませんのでご了承ください。

診療科

科

先生

〒 番号 :

ご 住所 :

医療機関名 :

電話番号 :

FAX 番号 :

医 師 名 :

担当者名 :

受診希望日等があればご記入ください。

受診希望日 _____ 日

1週間以内 いつでも可

都合が悪い日 _____ 日

外来診療科 (セカンドオピニオン外来、睡眠外来・関節リウマチ患者様のご予約については専用の申込書がありますので
そちらをご利用ください)

- 呼吸器内科 脳神経内科 小児神経内科 呼吸器外科 整形外科
 もの忘れ外来 すくみ足外来 筋ジス外来 骨粗しょう症外来 漢方・ペインクリニック内科

※合併症等により、当院で対応が出来ない場合があります。

● 診察券 (有 ・ 無) ID番号

--	--	--	--	--	--

フリガナ		男 女	生 年 月 日	大・昭・平・令
氏 名				年 月 日
住 所	(〒 _____)			歳
電話番号				
保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 家族受診 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 (_____)			

※持参資料、診療情報提供書(原本)は患者さまが受診日にお持ちいただく様にお願い致します。