

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 9:00~19:00

(木曜日のみ 9:00~17:00)

※受付時間以降のお申し込みは翌日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

- 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 睡眠外来 筋ジス外来 骨鬆症外来

※合併症等により、当院で対応が出来ない場合があります。※セカンドオピニオン外来は別途お問い合わせください。

● 診察券 (有 ・ 無) I D 番号

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

フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭・平
氏 名			男 女
住 所	(〒 _____)		
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。