

大阪市立十三市民病院 肝臓病教室予約申込書・確認書 (FAX 用)

貴医療機関	
医療機関名	
所在地	
TEL	
FAX	
医師名	先生



大阪市立十三市民病院	
地域医療連携室	
TEL (06) 6150-8067 (直通)	
FAX (06) 6150-8686 (専用)	

(ID番号:)

診療希望日	月 日 () 14時～
-------	------------------------

※患者さまには予約時間の15分前に1階初診受付にお越しいただきますようお願いください。

患者さまの情報

過去に十三市民病院にかかったことが														ある / ない	
フリガナ											男 ・ 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
氏名															
住所	〒										電話 ()				
保険証	保険者番号							継	記号			番号	本人・家族	有効期限	
													本・家		
医療証 受給者証	公費負担者番号							公費負担受給者番号					有効期限	一部負担助成	
														有・無	
														有・無	
病名	慢性肝炎 ・ 肝硬変 ・ 肝癌 その他 ()														
身長	(cm)					体重	(kg)								
栄養	<input type="checkbox"/> 指示カロリー (kcal) <input type="checkbox"/> 蛋白質 (蛋白制限食の場合) (g/日) <input type="checkbox"/> 塩分 (g) <input type="checkbox"/> おまかせ (当科にて検討いたします)														