

大阪市立総合医療センター診察予約依頼書FAX用紙

地域医療連携室 FAX送信先： 06-6929-0886

TEL： 06-6929-3643

受診診療科 _____ 科

希望医師名 _____

予約希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望 月 日 ()
	<input type="checkbox"/> 第2希望 月 日 ()
	<input type="checkbox"/> その他 (曜日指定・夏休みなど)
	<input type="checkbox"/> 希望なし
	<input type="checkbox"/> 患者さんと直接調整 ※

貴医療機関

所在地

名称

医師名

電話

FAX

※ の場合、診療情報提供書の添付が必要です。なお、患者さんと調整後、予約日をFAX送信いたします。

患者情報 (受診の際には診療情報提供書・健康保険証等・お薬手帳を必ずご持参するようご指導をお願いします)

フリガナ		男・女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
患者氏名	さま		年 月 日 (歳)
センター受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (登録番号) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
住所	〒 —	電話	自宅 — —
			携帯 — —

紹介目的 (必ずご記入ください)

<p>-----</p> <p>-----</p>

平日20時までのご依頼は、当日中にお返事いたします。

(但し、平日20時以降のご依頼は翌営業日12時までのお返事になりますのでご了承ください)

【その他連絡事項等】

--