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：　０６－６９２９－０８８６
ＴＥＬ：　０６－６９２９－３６４３

受診診療科　　科

希望医師名

予約希望日	
	□第1希望　月　日（　）
	□第2希望　月　日（　）
	□その他（曜日指定・夏休みなど）
	□希望なし
	□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	大　・　昭　・　平
患者氏名	さま		年　月　日（　歳）
センター受診歴	□ 有　（登録番号　）	□ 無	□ 不明
住所	〒　－	電話	自宅　－　－
			携帯　－　－
保険情報	□保険有　□自費　□交通事故　□労災　□ その他　（　）		

紹介目的（診療情報提供書添付の場合は記載不要）

【その他連絡事項等】

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）

総合医療センター記載欄　　月　日　対応者（　）

初診　・　再診	ＩＤ		□
診療科　科		担当医　医師	□
日　時　月　日（　）		時　分	□