

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 FAX：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	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	-	-	
保険者番号			記号・番号	●			
被保険者	本人・家族 (被保険者氏名)		負担割合	割			
資格取得	年	月	日	有効期限	年	月	日
公費番号			受給者番号				
資格取得	年	月	日	有効期限	年	月	日

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	I D							□
診療科	科	担当医				医師		□
日時	月	日	()	時	分		□	