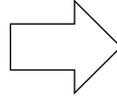


# 大阪市立十三市民病院 診察予約依頼書FAX用紙

## FAX送信先：地域医療連携室（06）6150-8686

### 貴医療機関

医療機関名  
所在地  
TEL  
FAX  
医師名  
担当科



### 十三市民病院

TEL 06-6150-8067  
診療科 \_\_\_\_\_ 科  
医師名 \_\_\_\_\_ 医師  
※希望がありましたらご記入ください。

紹介内容、病状、コメント等

### 診療希望日

1. 第1希望 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( )
2. 第2希望 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( )
3. 特に希望する日はない

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
氏名			明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 _____ 電話 ( ) _____		
保険証	保険者番号	継	記号
	番号		本人・家族
			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

十三市民病院 記入欄	ID番号 ●予約科： _____ 科      ●予約医師： _____ DR ●予約日： _____ 月 ____ 日 ( )      ●予約時間： _____ 時 ____ 分 ●カルテ： 有 ・ 無
---------------	--