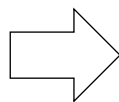


大阪市立十三市民病院 診察予約依頼書FAX用紙

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



大阪市立十三市民病院

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

- 第1希望 令和 年 月 日（ ）
- 第2希望 令和 年 月 日（ ）
- 特に希望する日はない

過去に大阪市立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・令 年 月 日			
氏名									
住所	〒 -			電話 ()					
保険証	保険者番号			枝番	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	

大阪市立 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		