**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**

医療機関名

所在地

ＴＥＬ

ＦＡＸ

医師名

担当科

**貴医療機関**

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。

**十三市民病院**

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 | 明・大・昭・平年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒電話　　　　　(　　　　　　)　　 |
| 保険証 | 保険者番号 | 継 | 記　号 | 番　号 | 本人・家族 | 有効期限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本・家 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 |