**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。

**大阪市立十三市民病院**

紹介内容、病状、コメント等

**診療希望日**

１．第 １ 希 望　 　　令和　 　　年 　　　月　　 　日（ 　　　）

２．第 ２ 希 望　 　　令和　　 　年 　　　月　　 　日（ 　　　）

３．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 |