

大阪市立総合医療センター診察予約依頼書FAX用紙

地域医療連携室 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(原本)・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・令
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
主訴 又は病名	※診療情報提供書を添付してください。添付いただく場合は下記記載は不要です。 添付できない場合は予約日前日までに診療情報提供書をFAX送信いただけますようお願いします。		

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	□