

# 大阪市立総合医療センター診察予約依頼書FAX用紙

地域医療連携センター 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
担当者

※ 患者さんと調整後、予約票をFAX送信いたします。

患者情報 (診療情報提供書(原本)・健康保険証等・お薬手帳を必ず当日ご持参いただくようお願いします)

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

※診療情報提供書の添付をお願い致します。

【その他連絡事項等】

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	ID								<input type="checkbox"/>
診療科		科	担当医							医師	<input type="checkbox"/>
日時	月	日	( )	時						分	<input type="checkbox"/>