令和　　年　　月　　日

診 察 申 込 書

大阪市立総合医療センター

■	診察予約のない場合、待ち時間が長くなることを了承します。（緊急・予約優先）
■	他院からの紹介状（診療情報提供書）をお持ちでない場合は、規定の選定療養費（初診：７７００円、再診：３３００円）を支払うことに同意します。
■	医師の判断により、病状や診療内容によって、診療所やクリニック等に紹介することを了承します。
■	コンピューター登録ができない氏名（文字）についてはカタカナで登録することを了承します。
■	病院職員の指示に従わない場合や迷惑行為（暴言・暴力など）を行った場合は、当院での診察をお断りします。

上記について、了承・同意し、診察を申し込みます。

＊太枠内はすべてご記入下さい　　※氏名は略さず正確にご記入下さい

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 Date of birth 年　月　日生	男 女
Name 氏名				

■ 本日の受診について、該当する項目に☑をつけてください。

① □ 診察　※ 他の医療機関からの紹介状（有・無（選定療養費）　予約時間（　　：　　）

② □ 仕事中・通勤中のケガ　　③ □ 交通事故

フリガナ	
Address 住所	〒
Phone 電話	Home 自宅（　　）　―　　Mobile 携帯（　　）　―
	Emergency contact　※緊急時に病院から連絡できる連絡先をご記入ください。
	緊急時連絡先　①（　　）　―　連絡者氏名　続柄：
	②（　　）　―　連絡者氏名　続柄：

受診を希望する科（ご相談は総合案内へ）

02	03	04	08	12	13	14	39	49	50	56	74				05	07	16	17	18	41			55	42		
循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	感染症内科	心臓血管外科	呼吸器外科	消化器外科	総合診療内科	腫瘍内科	乳腺外科	緩和ケア内科	糖尿病・内分泌内科				血液内科	脳神経内科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	眼科	口腔外科	腎臓・高血圧内科			放射線治療科	リハビリテーション科		
06	09	19	20	21	23	24	25	26	27	29	45	53	22					15	30	31	32	33	34	35	36	
小児血液・腫瘍内科	小児泌尿器科	小児代謝内分泌・腎臓内科	小児脳神経・言語療法内科	小児循環器・不整脈内科	小児外科	小児心臓血管外科	小児脳神経外科	小児眼科	小児耳鼻咽喉科	児童青年精神科	新生児科	小児整形外科	小児救急・感染症内科					脳神経外科	整形外科	形成外科	皮膚科	産科	婦人科	泌尿器科	精神神経科	

※　個人情報の取り扱いには細心の注意を払っておりますが、お気づきの点がございましたら総合医療相談窓口までお申し付けください。

ID：

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

Ver.20240304