

診療予約申込書 (診療情報提供書)

紹介元医療機関	名称	TEL _____
	医師氏名	FAX _____

患者	フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平) 男女 年 月 日生 女
	氏名	
	住所	TEL _____

希望受診科名	希望医師名 _____ (必ずしも記入の必要はありません)
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他(_____)
傷病名または 主訴症状 経過など	
当院への受診歴	有 ・ 無

主 保 険	保険番号			公 費	負担者番号		
	記号	番号			受給者番号		
	資格取得	昭・平 年 月 日	被保険者名		老人一部負担免除	有 ・ 無	

希望日時	(第1希望) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃
	特に希望なし ・ (第2希望) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 もしくは (希望曜日) _____ 曜日
予約日時	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前 _____ 時 _____ 分頃
	予約 未 ・ 済

大阪みなと中央病院 地域医療連絡室

〒552-0021 大阪市港区築港1-8-30
専用電話(06)6572-6711 専用FAX(06)6572-6713