大阪暁明館病院　診察予約申込書

（ＦＡＸ専用:06-6466-0382）

平成　　年　　月　　日

【紹介先】
受診科：　　科
医師名：　　先生

【紹介元】
医療機関名
所在地
TEL･FAX
医師名

【紹介目的】
１．診察　２．入院　３．検査　４．その他（　　）

病名・病状・ｺﾒﾝﾄ等↓

（　　）

詳細は紹介状添付 FAX お願いします

【診察希望日】
１．いつでも可　２．平成　年　月　日（　）　３．平成　年　月　日（　）

【紹介患者様の情報】

フリガナ					
患者氏名					
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日（　才）			男・女	
住所	〒			TEL	
保険者番号			公費負担者番号		
記号･番号	・		公費負担受給者番号		
区分	本人・家族	老人一部負担金助成	有・無	負担割合	0割･1割・3割

※受付時間　9:00～17：00（月～金）　9:00～13:00（土）　日祝休
FAX は 24 時間稼動。但し、時間外・休日着分は翌日対応

※お問合せ先　大阪暁明館病院　地域連絡室　直通 TEL：06-6466-0382
TEL:06-6462-0261（代表）　**FAX:06-6466-0382**