大阪暁明館病院　診察予約申込書

（ＦＡＸ専用:06-6466-0382）

令和　　年　　月　　日

【紹介先】
受診科：　　科
医師名：　　先生御侍史

【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．令和　年　月　日（　）　３．令和　年　月　日（　）

【患者状況】　□通院中　□入院中Ⅰ　□独歩　□車椅子　□ ストレッチャー

【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・令和 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**

2019.5 月