

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 ☐ 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 時間稼働。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