大阪暁明館病院　診察予約申込書

（ＦＡＸ専用:06-6466-0382）

申込日：　　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↓　　□電話にて予約済

（　　）

※詳細は診療情報提供書を添付 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（　）

【紹介患者様の情報】

フリガナ		性別	〈患者様の状況〉 外来通院中（待機中・帰宅） 入院中 （入院中受診・退院後受診）
患者氏名	旧姓（　　）	男・女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日生 （　　才）		〈外国人の方〉 日本語（可・不可） 日本語の話せる方の付添 （有・無）
住所	（〒　　－　　）		TEL（　　）　　－ 携帯（　　）　　－

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	被保険者名 本人・家族（　　）	その他 □労災□交通事故 □私費□無保険	負担割合	1割・2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・休日着信分は翌営業日対応

※お問合せ先　大阪暁明館病院　地域連絡室　直通 TEL：06-7632-2212

TEL:06-6462-0261（代表）　　**FAX:06-6466-0382**

2025 年 4 月 1 日