

# 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	〈受診歴〉 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  〈外国人の方〉 日本語 (可・不可) 通訳同行 (有・無)
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)		
住所	(〒 - )		TEL ( ) - 携帯 ( ) -
患者様状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 (待機中・帰宅) <input type="checkbox"/> 入院中 (入院中受診・退院後受診)		
保険者番号	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		

※受付時間    9:00～18:30 (月～金)    9:00～13:00 (土)    日祝休

FAX は 24 時間稼働。但し、時間外・休日着信分は翌営業日対応

※お問合せ先    大阪暁明館病院    医療連携課    直通 TEL：06-7632-2212

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

2026 年 1 月 1 日