

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

T E L

F A X

医師名

【紹介目的】

1. 診察 2. 入院 3. 検査 4. その他()

病名・病状・コメソト等↓ □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〉 □有 □無	
患者氏名	旧姓()	男 ・ 女	〈外国人の方〉 日本語(可・不可) 通訳同行(有・無)	
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	□外来通院中(待機中・帰宅) □入院中(入院中受診・退院後受診)			
保険者番号	□社保 □国保 □後期高齢 □生保 □労災 □その他()			
負担割合	□1割 □2割 □3割			

*受付時間 9:00~18:30(月~金) 9:00~13:00(土) 曜休

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 医療連携課 直通TEL:06-7632-2212

TEL:06-6462-0261(代表) FAX:06-6466-0382