

診療・検査申込用紙 (FAX送信用)

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査 () ※ <input type="checkbox"/> その他 () ※検査依頼の場合、確認事項がありますので、診療情報提供書に必要項目をご記入ください											
紹介科	消・循・糖内分・呼・神内・外・整・耳・婦・皮・形成・泌・精・眼・眼形成・歯・麻・脳外・睡眠・放											
受診希望日	①令和 年 月 日 (曜) AM・PM ②令和 年 月 日 (曜) AM・PM											
その他ご都合	担当医指定 _____ 医師											
緊急性の有無	無し ・ ※ 有り (即日 ・ 翌日 ・ 2~3日中 ・ 1週間以内 ・ 2週間以内)											
フリガナ	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令											
患者氏名	生年月日 _____ 年 月 日 (歳) (旧姓 : _____)											
住所	(〒 _____) TEL(_____) - _____ 携帯(_____) - _____											
被保険者証	保険者番号					本人・家族				一部負担助成 あり・なし		
	記号					公費負担者番号						
	番号					受給者番号						
<input type="checkbox"/> 後期高齢・高齢者受給者証 負担割合 : _____ 割 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 (_____)												
(いずれかに○をして下さい) 現在貴院に (① 通院中 _____ ・ 入院中 _____) → 入院中の場合、(② 入院中受診 _____ ・ 退院後受診 _____) 大阪回生病院受診歴 無し ・ 有り (ID : _____)												

検査依頼の場合 ... *画像： フィルム CD-R / *結果： 配送・郵送 患者持帰り

* ご紹介内容の確認の為、診療情報提供書と合わせてFAX送信をお願い致します。

備考 (依頼内容・症状等)	
------------------	--

紹介元医療機関名

住 所

T E L

F A X

紹介医師名

★FAX送信後15分以内に予約通知書の返信がない場合、FAXを確認できていない恐れがあります。お手数ですが電話にてお問い合わせください。

★診療科・ご依頼内容によっては返信までお時間をいただく場合がございます。(※予約受付時間外にFAXで申込みいただいた場合、翌診療日の時間内の返信となりますのでご了承ください。)

予約受付時間
 平日：9:00~19:00
 ※木曜日は17時まで
 土：9:00~12:45
 日祝：取扱なし

大阪回生病院 予約センター
 TEL：06-6393-7135
 FAX：06-6393-8362