大阪回生病院 地域医療連携室 宛

申込日 平成　年　月　日

診療・検査申込用紙（FAX送信用）

紹介目的	□ 診察　□ 入院　□ 検査（　　）※　□ 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	消内・循内・内分泌・呼内・神内・外・整・耳・婦・皮・泌・精・眼・歯・麻・脳外・他（　　）					
受診希望日	①平成　年　月　日（　曜）am pm　②平成　年　月　日（　曜）am pm					
その他都合・希望医師等						
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明・大・昭・平			男・女
患者氏名			年　月　日（　歳）			
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			
被保険者証 記号		公費負担者番号				
被保険者証 番号		受給者番号				
	□ 労災　□ 交通事故	後期高齢・41老人・高齢受給者証	1割・3割			

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

※検査後、診察を希望される場合は、診察予約も必要となりますので予約時にお申し出ください

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。

※窓口受付時間外にFAXで申込みいただいた場合、翌日の受

※窓口受付時間
平日　9時～17時
土　　9時～12時

大阪回生病院　地域医療連携室
FAX　06－6393－8362