

記入日 年 月 日

一般財団法人大阪府結核予防会 大阪複十字病院

診察予約申込書

貴院名	電話番号
所在地 〒	FAX番号
	医師名

診療科	科		
希望医師	* 希望があれば 医師		
フリガナ	性別	生年月日	
患者氏名 (旧姓: )	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 )	
住所 (〒 )	自宅番号		
	携帯番号		
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 入院中	当院受診歴: 有 ・ 無 ・ 不明	
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり		
希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日 <input type="checkbox"/> 希望日なし
不可日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日 <input type="checkbox"/> 不可日なし
保険種別	保険証・医療証のコピーがあれば、下記項目の記入は不要です。		
	* 該当項目に○を記してください 国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ 生活保護 ・ その他( )		
* 本書と診療情報提供書を送付してください。			
* 予約受付完了後、貴院へ「予約票」をFAXいたします。			
* 受診日には「診療情報提供書」、「問診表」、「予約票」、「マイナンバーカードまたは、健康保険証・医療証」、「お薬手帳」を持参いただきますよう、患者さんへお伝えください。			
* 予約変更・キャンセルは、貴院より地域医療支援室へご連絡ください。			
* 受付時間: 平日9:00~17:00			

一般財団法人大阪府結核予防会 大阪複十字病院 地域医療支援室

TEL:072-821-4781(代) FAX:072-824-2312(代)

〒572-0805 大阪府寝屋川市打上高塚町3番10号