大阪みなと中央病院　地域医療連携室 行
FAX(06)6572-6713

# 診療予約申込書(診療情報提供書)

| | | |
|---|---|---|
| 紹介元医療機関 | 名　　称 | TEL |
| | | FAX |
| | 医 師 氏 名 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者 | フ リ ガ ナ | | 生年月日　　年齢<br>(明・大・昭・平・令)　　歳　男<br>年　月　日生　女 |
| | 氏　　名 | | |
| | 住　　所 | | TEL |

| | | |
|---|---|---|
| 希望受診科名 | | 希望医師名<br>(必ずしも記入の必要はありません) |
| 紹介目的 | ☐精査・診断　☐治療　☐手術　☐入院<br>☐その他（　　） | |
| 傷病名または主訴症状経過など | ☐別紙紹介状あり | |
| 当院への受診歴 | 有　・　無 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険番号 | | | | 公費負担者番号 | |
| 記号 | | 番号 | | 受給者番号 | |
| 資格取得 | (昭・平・令)　年　月　日 | | | 被保険者名 | |
| 希望日時 | 第１希望　　年　月　日<br>特になし　・　第２希望　　年　月　日　・至急<br>ご希望の曜日　　曜日<br>至急の場合・患者様がお持ちの場合はお手数ですが地域医療連携室までご連絡お願いします。 | | | | |
| 予約日時 | 年　月　日 | 午前<br>午後 | 時　分頃 | 予約 | 未・済 |


**大阪みなと中央病院　地域医療連携室**
〒552-0003 大阪市港区磯路１－７－１
専用電話(06)6572-6711　専用FAX(06)6572-6713