

# JCHO大阪病院 紹介予約申込書

地域連携室FAX : 06-6441-0512

申込日          年          月          日

★ 当日の緊急受診 ★

整形外科・精神神経科以外の診療科は、11:30までにご来院ください。  
 整形外科・精神神経科、11:30以降の受診は、地域連携室へお電話ください(本書の記載・FAXは不要です)。  
 時間外・休日は、病院代表電話にお電話ください。

紹介元	医療機関名		医師名			
	住所		電話番号			
患者	ふりがな		性別	大正・昭和 平成・令和 西暦          年          月          日		
	お名前		男 女	生年月日	電話番号	
	JCHO大阪病院 受診歴 (旧 大阪厚生年金病院)		<input type="checkbox"/> 有り → 診察券番号		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明			
紹介目的 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他 (          )						
傷病名 (主訴又は病名)			★ 当日は診療情報提供書をご持参ください また、診療の2～3日前までにFAXをお送りください * 神経精神科・放射線治療科は、診療情報提供書を添えてお申し込みください			
紹介先	受診科(○印)	整形外科	脊椎	内科	乳腺内分泌外科	眼科
			肩関節	消化器内科	泌尿器科	耳鼻咽喉科
			手・肘	外科 消化器外科	小児科	歯科口腔外科
			股関節	外科 呼吸器外科	脳神経外科	皮膚科
			リウマチ・膝関節症	循環器内科	脳神経内科	神経精神科*
			スポーツ・膝	心臓血管外科	産科	放射線治療科*
			その他	形成外科	婦人科	
	専門領域など		医師指名    無 ・ 有 → 医師名:			
受診希望日	①          年          月          日(          ) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日(          ) ②          年          月          日(          ) <input type="checkbox"/> 希望なし ③          年          月          日(          )					

★ 予約日時が確定後、「予約通知書」をFAXでお送りします。患者様へお渡しいただき、受診当日、診療情報提供書とともにご持参くださいますよう、お伝えください。

★ 平日9:00~19:30以外(時間外・休日)の着信分は、翌平日の対応となります

JCHO大阪病院 地域連携室  
 TEL:06-6441-5463(直)  
 TEL:06-6441-5451(代)