



JCHO大阪病院 電話予約申込書 兼 予約通知書



必要事項をご記入の上、お電話ください

★ 患者様専用 予約電話 ★
090-9250-3804(平日9:00~17:00)

★ 医療機関専用 予約電話 ★
06-6441-5463(平日9:00~19:30)
080-7488-3381(平日9:00~17:15)

紹介元ご記入欄 ※	医療機関名				医師名			
	住所				電話番号			
	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・放射線治療科は、医療機関からFAXのみでの予約となります		
スポーツ・膝			心臓血管外科	産科				
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:					
★ 診療の2~3日前までに診療情報提供書のFAXをお願いします FAX 06-6441-0512								

※ 上記を患者様ご自身でご記入の際は、必ず紹介元医療機関で内容をご確認いただくようお願いいたします。

患者様ご記入欄	JCHO大阪病院 受診歴 (旧 大阪厚生年金病院) * お電話をいただく前に必ずご確認ください	<input type="checkbox"/> 有り → 診察券番号 → <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 無し → 予約時に診察券番号をお伝えしますので、ご記入ください	
	ふりがな	性別	生年	
	お名前	男・女	月日	大正・昭和 平成・令和 西暦 年 月 日
	ご住所 *ご来院までにご記入ください*			
	〒 - - 電話番号(- -)			
受診日時		年 月 日 (曜日) 時 分		
*予約確定後にご記入ください				

受診時にお持ちいただくもの

- 予約通知書(本書)
- 健康保険証
- 診療情報提供書

ご来院場所、時間など

- 1階 予約センター(下図参照)に、予約時間の30分前にお越しください
- 患者様が未成年の場合は、必ず保護者同伴でご来院ください
- 診察を受けやすい服装でのご来院にご協力ください

以下はお持ちの方

- おくすり手帳
- 医療証
- 診察券
- CD-R、検査結果など

小児科を受診される患者様

- 母子手帳
- これまでの成長記録

交通機関のご案内、地図

- QRコードからご確認ください

★交通のご案内はこちら★
★予約センターへお越しください★
★予約センターの案内★

★ ご予約の変更・キャンセル等の連絡
予約時と同じ電話番号へご連絡ください

JCHO(ジェイコ)大阪病院 地域連携室