

# JCHO大阪病院 診察予約申込書 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		
					FAX番号		
	受診科 (○印)	整形外科	脊椎	消化器内科	消化器外科	産科	* 神経精神科、放射線治療科のお申し込みは、医療機関からのFAXのみとなります * 診療の2~3日前までに診療情報提供書のFAXをお送りください(可能な限りご協力ください)
			肩関節	循環器内科	呼吸器外科	小児科	
			手・肘	呼吸器内科	乳腺内分泌外科	眼科	
			股関節	腎臓内科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	
リウマチ・膝関節症			糖尿病内分泌内科	婦人科	歯科口腔外科		
スポーツ・膝			プライマリ内科	心臓血管外科	皮膚科		
その他	脳神経内科	脳神経外科	形成外科				
専門領域など				医師指名	無 有 → 医師名:		

※ 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ください

患者様ご記入欄	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 →	[ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ]			
	※ お電話をいただく前に必ずご確認ください	<input type="checkbox"/> 無し →	予約時に診察券番号をお伝えしますので、お控えください			
	ふりがな					
	氏名	男 女	大正・昭和 平成・令和 西暦	年	月	日生
ご住所 (ご来院までにご記入ください)						
〒 (      -      )						
電話番号 (      -      -      )						

ご予約日 (予約確定後にご記入ください)	年	月	日 (      曜日)	時	分
-------------------------	---	---	--------------	---	---

<p><b>受診時にお持ちいただくもの</b></p> <p><input type="checkbox"/> 予約通知書 (本書)</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険証</p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書</p> <p><b>以下はお持ちの方</b></p> <p><input type="checkbox"/> おくすり手帳</p> <p><input type="checkbox"/> 受給者証</p> <p><input type="checkbox"/> 診察券</p> <p><input type="checkbox"/> CD-R、検査結果など</p> <p><b>小児科を受診される方</b></p> <p><input type="checkbox"/> 母子手帳</p> <p><input type="checkbox"/> これまでの成長記録</p>	<p><b>ご来院場所、時間など</b></p> <p>1階 予約センター (下図参照) に、予約時間の<b>30分前</b>にお越しください</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 診察を受けやすい服装でのご来院にご協力ください</p>	<p><b>交通機関のご案内、地図</b></p> <p><input type="checkbox"/> QRコードからご確認ください</p>  <p>★交通のご案内はこちら★ ★交通機関のご案内★ ★交通機関のご案内★</p>
		
<p>★ ご予約の変更・キャンセル等の連絡</p> <p>予約時と同じ電話番号へご連絡ください</p>		