

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、お電話にてお申込みください
- この用紙が**予約通知書**を兼ねますので、患者様にお渡しください

★ 患者様専用 予約電話 ★
090-9250-3804 (平日9:00~17:15)

★ 医療機関専用 予約電話 ★
 06-6441-5463 (平日8:30~19:30)
 080-7488-3381 (平日8:30~17:15)

① 必ず紹介元でご記載ください

紹介元	医療機関名						医師氏名	
	住所						電話番号	
受診科 (紹介先)	脊椎	腎臓内科	呼吸器センター	呼吸器内科	小児科			
	肩関節	糖尿病・内分泌内科	心臓センター	呼吸器外科	眼科			
	手・肘	プライマリ内科		循環器内科	耳鼻咽喉科			
	股関節	免疫内科		心臓血管外科	歯科口腔外科			
	膝 (人工関節)	脳神経内科		消化器内科	皮膚科			
	膝 (人工関節以外)	脳神経外科		消化器外科	形成外科			
	関節リウマチ	泌尿器科		婦人科	*神経精神科・放射線治療科・ペインクリニックは、FAXでお受付しております。紹介状を添えてお申込みください。			
その他	乳腺内分泌外科		産科					
専門外来 専門領域			医師 指名	<input type="checkbox"/> 有 → 医師名 				



※ 診察2-4日前までに紹介状のFAX送信をお願いいたします (可能な限りご協力ください)

② 患者様ご自身でご記入ください

患者情報	JCHO大阪病院 診察券番号 (旧 大阪厚生年金病院)	お持ちの方は、ご記入の上お電話ください。お持ちでない方は、ご予約時にお伝えします				
	フリガナ	性別	生年月日	年	月	日
	氏名	男 女	電話番号			
	ご住所 (ご来院までにご記入ください) 〒					

③ 患者様ご自身で、または医療機関様からお電話ください

④ 予約日時およびご来院方法等

予約日時 (ご予約確定時に ご記入ください)	年 月 日 (曜日) 時 分	予約時間 (上記) の30分前に、1階予約センターへお越しください	
ご持参いただくもの	以下はお持ちの方	小児科を受診される方	アクセス
<input type="checkbox"/> 予約通知書 (本書) <input type="checkbox"/> 健康保険証またはマイナンバーカード <input type="checkbox"/> 紹介状 (診療情報提供書)	<input type="checkbox"/> おくすり手帳 <input type="checkbox"/> 画像データ (CD-R) <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 受給者証	<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 成長記録	QRコードよりご確認ください 
受付(1階予約センター)	その他		
	<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 <input type="checkbox"/> ご予約の変更は、予約時と同じ番号へご連絡ください <input type="checkbox"/> ご予約のキャンセルは、紹介元医療機関を通してご連絡ください		