

地域連携室FAX : 06-6441-0512

申込日 年 月 日

JCHO大阪病院 診察予約申込書

紹介元	医療機関名	医師氏名
	住所	電話番号
		FAX番号

患者情報	フリガナ	性別	生年月日	年 月 日
	氏名	男 女	電話番号	
	傷病名 主訴 病名	JCHO 大阪病院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	診察券 番号 [] <input type="checkbox"/> 不明

受診科 (紹介先)	脊椎	腎臓内科	呼吸器 センター	呼吸器内科	婦人科	ペインクリニック*
	肩関節	糖尿病・内分泌内科		呼吸器外科	産科	神経精神科*
	手・肘	プライマリ内科	心臓 センター	循環器内科	小児科	放射線治療科*
	股関節	免疫内科		心臓血管外科	眼科	
	膝(人工関節)	脳神経内科	消化器内科	耳鼻咽喉科		
	膝(人工関節以外)	脳神経外科	消化器外科	皮膚科		
	関節リウマチ	泌尿器科	乳腺内分泌外科	形成外科		
	その他	歯科口腔外科				
専門外来 専門領域			医師 指名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 → 医師名 []		

受診 希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 希望あり → []	希望日(複数)または都合の悪い日を記載してください
-----------	--	---------------------------

診療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)

* ペインクリニック、神経精神科、放射線治療科は、必ず紹介状を添えてお申し込みください

FAX到着後、10分以内に予約通知書等をFAXで送信します(平日19:30以降・土日祝着信分は、翌平日となります)

紹介状(診療情報提供書)とともに、患者様へお渡しください

当日受診・緊急受診のご希望は、お電話にてご連絡ください(本書の記載・FAXは不要です)

JCHO大阪病院 地域連携室

地域連携室FAX : 06-6441-0512

電話 : 06-6441-5463 (直)

2023.04改訂