

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)
// (土曜日9:00~13:00)
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)	整形外科	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	呼吸器センター	呼吸器外科	眼科	
		手・肘	総合内科	呼吸器センター	循環器内科	耳鼻咽喉科	
		股関節	免疫内科	呼吸器センター	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 []		


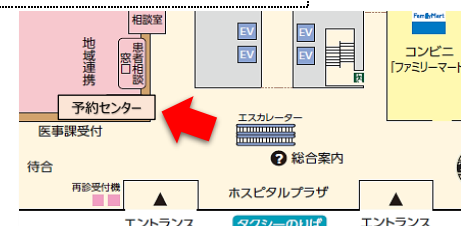
※ 診察2-4日前までに紹介状のFAX送信をお願いいたします(可能な限りご協力ください)

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 <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)	以下はお持ちの方 <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	小児科を受診される方 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 成長記録
アクセス 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	