

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	☐ あり 診察券番号 [] ☐ なし ☐	

外国の方	日本語（可・不可）	通訳同行（可・不可）	使用言語（ ）
	日本の医療保険証（有・無）		

受診科（紹介先）	整形外科	脊椎	総合内科	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	腎臓内科	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	*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 込みください
		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	☐ 無 ☐ 有 → 医師名 []		

受診希望日	☐ いつでも可	☐ 最短日	] ☐ 不可日 []
	☐ 希望日		
	*希望日は複数ご記入ください *大阪病院ネットにご登録いただけますと、予約空き状況をタイムリーに確認でき、即時予約取得が可能です 詳細はホームページをご参照ください		

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）

予約取得後、予約票をFAX致しますので、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

電話：06-6441-5463（直）

2025.4.改訂