

## 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

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 お申し込みください
		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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 医師名 [ ]				

受診 希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 最短日	
	<input type="checkbox"/> 希望日 [ ]	<input type="checkbox"/> 不可日 [ ]
*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)

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 地域医療支援センター  
電話:06-6441-5463(直)