

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター
地域医療連携室宛 FAX 072-957-8051

分娩予約依頼票

（分娩予定日が確定してから FAX 送信をお願いいたします。後日、分娩予約通知票を送信させていただきます）

ご紹介病院様のお名前

ご担当の先生のお名前

ご紹介病院様の TEL 番号

ご紹介病院様の FAX 番号

妊婦様のお名前（フリガナ）	※旧姓（名字変更の場合記入）		
生年月日	年	月	日
ご住所			
電話番号			
分娩予定日	年	月	日【初産・経産（回）】
備考欄			
当センターでの受診歴 （受診科は問いません）	あり	なし	
当センター記入欄 （ここは記入しないでください）	ID（ 申し込み日 年 月 日 仮予約入力 済 通知票 済 予約確定 済		

仮予約後、初めて来院される場合は、この FAX 用紙と紹介状をお持ちになり、総合受付・初診窓口で手続きを行ってください。（外来受付時間：平日 8 時 45 分～11 時）
キャンセルされる場合は地域医療連携室までご連絡ください

電話：【直通】072-957-8030（代表）072-957-2121
（平日午前 9 時～午後 5 時まで）
FAX：072-957-8051