

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

（分娩予定日が確定されてから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 仮予約入力 予約確定	年 月 日	通知票 済 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