**大阪はびきの医療センター**　　　**ＦＡＸ：０７２－９５７－８０５１**

申込日　令和　　　年　　　月　　　日

**診　療　予　約　申　込　書**

**貴医療機関名 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**ご住所　　　 （〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**貴医師名 　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**電話番号　　 （　　　　　　）　　　　　　　―**

**ＦＡＸ　　　 （　　　　　　）　　　　　　　―**

**■　希望される受診科（　☑印を付けてください　）**

|  |
| --- |
| **□　呼吸器内科　　□　肺腫瘍内科　　□　呼吸器外科　　□　感染症内科　　□　アレルギー・リウマチ内科**  **□　消化器外科　　□　消化器内科　　□　乳腺外科　　　□　小児科　　　　□　小児循環器専門外来**  **□　皮膚科　　　　□　循環器内科　　□　眼科　　　　　□　産婦人科　　　□　耳鼻咽喉・頭頸部外科**  **□　泌尿器科　　　□　整形外科　　　□　腎臓内科　　　□　心臓血管外科　□　糖尿病・内分泌内科**  **□　歯科口腔外科　□　放射線治療　　□　その他（　　　　　　　　）** |

**希望医師名（　　　　　　　　　　　　　　　）**

■　**病名及び目的について～日本語でお願いします～**

|  |
| --- |
|  |

■　**受診を希望される日をご記入お願いします**

|  |
| --- |
| **・第1希望日（　　　　　　　　）　・第2希望日（　　　　　　　　）　・都合の悪い日（　　　　　　　　）** |
| **□　できるだけ早く　　　　　　　□　1ヶ月以内の受診希望** |

■　**ご紹介いただきます患者さまについてご記入お願いします**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  |  | **性別** |  |  | **※旧姓（名字変更の場合記入）** |
| **患者氏名** |  |  | **男・女** |  |  |  |
| **生年月日** | **大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日生まれ（　　　　　歳）** | | | | | |
| **フリガナ** |  | | | | | |
| **住所** | **〒** | | | | | |
| **電話** | **（　　　　　）　　　　－** | | **携帯電話** |  | | |
| **当院受診歴** | **□　無　　　□　有　　ID番号　（　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | |
| **患者状況** | **□　外来患者（　□　貴院待機中　　※　患者様がお待ちの場合はチェックして下さい　）** | | | | | |
| **□　入院患者（　□　出来高算定　　□　DPC　　□　その他　)** | | | | | |
| **保険** | **□　健康保険　　□　生活保護　　□　労災　　□　その他** | | | | | |
| **特記事項** | **ＡＤＬ　（　独歩　・　車椅子　・　ストレッチャー　）** | | | | | |

**■　保険情報についてご記入お願いいたします**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険者番号** |  | | **記号・番号** |  |
| **被保険者名** |  | | **続柄** | **□　本人　　　□　家族** |
| **公費負担者番号** |  | | **公費受給者番号** |  |
| **老人一部負担金免除** | | **□　あり　　□　なし** | **負担割合** |  |

**※　ご記入の上、診療情報提供書と共にＦＡＸして頂きますようお願いいたします。**

**予約通知書 は患者さまにお渡しください。**

**大阪はびきの医療センター　地域医療連携室　　電話：【直通】072-957-8030　（代表）072-957-2121　FAX：072-957-8051**