

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

(分娩予約状況をご確認の上 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 _____

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	昭和・平成・令和 年 月 日
ご住所	
電話番号	
分娩予定日	年 月 日初産 経産 ()
備考欄	
当院での受診歴 (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