



大阪整形外科病院 診察申込書

FAX 06-6463-1113 (直通)

TEL 06-6463-1111 (代表)

*お問い合わせ先 地域医療連携室 (受付時間 9:00~17:00)

(FAXは24時間稼働。但し、時間外・休日着信分は翌開院日対応)

申込日： 年 月 日

医療機関名		医師名	
TEL	- -	FAX	- -

受診科名		科		希望医師 有・無	医師名	
受診希望日	第1希望	月	日 ()	時	分	
	第2希望	月	日 ()	時	分	
【 紹介目的 】 (□別紙あり)						

※患者氏名には、必ず フリガナ をご記入下さい。

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	性別
患者氏名			年 月 日 (歳)	男・女
住 所	〒 - TEL - -			
患者状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
被保険者証・後期高齢者医療証			公費医療受給者証	
保険者番号			市町村番号	
記号・番号	・		受給者番号	
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		有効期限	年 月 日
	本人 ・ 家族		※診療情報提供書と一緒にご送信下さい	