



# 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	
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		