

社会医療法人 純幸会 関西メディカル病院
診療予約依頼票

申込日 年 月 日

【依頼元】 医療機関名： _____ 診療科： _____
 医師名： _____
 所在地： _____
 TEL： _____ FAX： _____
 連絡担当者 _____

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大 年 月 日	男女
			昭・平・令 (歳)	
住所 電話番号	〒 - Tel. - -			
紹介目的	主訴／病名／病状等、簡単な紹介目的を下記に記載ください。			
	紹介目的 <input type="checkbox"/> 別紙あり 紹介状は、予約前日までに FAX を頂き、予約当日ご持参願います。			
当院の受診歴	有 ・ 無		診察券番号：	
診療科		希望医師		
希望受診日	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 ④希望なし			

- * 折り返し、FAXにて予約票を返信させていただきます。
 受付時間：《月・火・水・金》9:00~19:30、《木》9:00~17:00、《土》9:00~12:30
 《日曜・休日》 受付業務なし TEL：(06)6836-1195 (直通)
 なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受付は翌日対応となります。
- * 来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状：診療情報提供書」を持参の上、当院の「中央受付」へお越しくださるようにお伝えください。