

診 察 ・ 検 査 申 込 書

受診科		紹介医療機関名	
医師名	先生	住 所	
		電 話	
		F A X	
		医師名	

1. 紹介目的

<input type="checkbox"/> 診察予約	主病名・主訴、目的など	<input type="checkbox"/> 別紙参照
<input type="checkbox"/> 当日受診		
<input type="checkbox"/> 入院		
<small>当日受診、入院の場合は、事前に必ずお電話をお願いいたします。</small>		
<input type="checkbox"/> 検 査	<input type="checkbox"/> C T 部位 () 単純・造影 <input type="checkbox"/> M R I 部位 () 単純・造影 <input type="checkbox"/> 超音波検査 部位 () <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 脳波 骨塩定量 マンモグラフィー	
<input type="checkbox"/> その他		

2. 希望年月日 希望なし 都合の悪い日(曜日など) ()

第1希望	月	日	曜日	当院の受診歴 あり・なし
第2希望	月	日	曜日	
第3希望	月	日	曜日	

3. 患者情報

ふりがな 氏 名		男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 () 才
住 所	〒 —		TEL 自宅 携帯

4. 保険情報

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号	.	公費受給者番号	
備 考	本人・家族 一部負担金割合 1割・2割・3割 一部負担金助成 有 ・ 無		

大手前病院 地域医療連携センター 〒540-0008 大阪府中央区大手前1-5-34

受付時間: 月~金 9:00~19:00 直通電話: 06-6966-5335 代表電話: 06-6941-0484