

国家公務員共済組合連合会 大手前病院

FAX 06-6966-5336

## 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 <input type="checkbox"/> 当日受診 <input type="checkbox"/> 入院	主病名・主訴、目的など  <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"/> 別紙参照
<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> C T 部位 ( ) <input type="checkbox"/> M R I 部位 ( ) <input type="checkbox"/> 超音波検査 部位 ( ) <input type="checkbox"/> 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	単純・造影 単純・造影
<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) ( )

やくばと	<input type="checkbox"/> やくばと申し込み済 (チェック時は下記記載不要です)	当院の受診歴 あり・なし
第1希望	月 日 曜日	
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 大阪市中央区大手前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

※ この申込書を使用される場合は、必ず診療情報提供書を添付して、当院宛に送付してください。