

診察予約依頼書

令和 年 月 日

大東中央病院

地域医療連携室	TEL	072-870-0217	FAX	072-870-0204(直通)
医事課	TEL	072-870-0200	FAX	072-870-0202(代表)

紹介元医療機関の名称・所在地 (注)医師名を必ずご記入ください。			<input type="checkbox"/> 心臓外科 金曜 午後診(藤井医師) <input type="checkbox"/> リウマチ 水曜 夜診(織田医師) <input type="checkbox"/> リウマチ 木曜 午後診(岡野医師) <input type="checkbox"/> もの忘れ 月曜 夜診(西郷医師) <input type="checkbox"/> 早期認知症 金曜 午後診(林医師) <input type="checkbox"/> 脊椎 第2・4水曜 午後診(河野医師) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 第2・4火曜 午後診(三木医師) <input type="checkbox"/> 糖尿病 月曜 朝診(中島医師) <input type="checkbox"/> 糖尿病 水曜 朝診(小野医師) <input type="checkbox"/> 糖尿病 木曜 夜診(北村医師)		
医療機関名:					
所在地:					
TEL:					
FAX:					
医師名:					
*朝・夜の一般診察は予約制ではありません					
フリガナ		旧姓			
患者氏名			<input type="checkbox"/> 糖尿病教室 偶数月 第4土曜日14～16時 身長・体重(必須) 身長 cm・体重 kg 家族(必須) 本人以外の食事を作る方の同席必要		
生年月日		性別			
M・T S・H	年 月 日	男女	自宅TEL		
住所	〒 -				
紹介目的			傷病名		
大東中央病院 患者ID	ID		受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無	
受診 希望日	① 月 日 ()		<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> いつでも可		
	② 月 日 ()		<input type="checkbox"/> 都合悪い日: 月 日		

★診察開始は、◎朝診:9時～ ◎午後診:13時半～ ◎夜診:18時～(ただし西郷医師のみ18時半～)となっております。

★診療情報提供書も一緒にFAXお願いします。

★予約時、医師の確認が必要な場合は、予約時間が掛かる場合がありますので御了承ください。

●保険情報(保険情報は、ご記入いただくか保険証の写し等をFAXして下さい)

被保険者証

保険者番号				保険者・事業所名			
記号・番号				資格取得日		被保険者 との続柄	本人・家族
被保険者氏名		負担割合	割	有効期限			

※予約の場合は、予約票をFAXさせていただきます。患者様に紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡し頂き
診察当日、初診受付に提出頂きますようお願いいたします。

予約受付時間(祝日は除く)

地域医療連携室 : 月・火・木 9:00～19:00 水・金 9:00～17:30 土 9:00～13:00
 医事課(代表) : 水・金 17:30～19:00 (19:00以降は翌日対応となりますので、ご了承下さい)