

予約診察依頼書

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。					
医療機関名:			<input type="checkbox"/> 心臓外科 金曜 午後診(藤井医師) <input type="checkbox"/> リウマチ 土曜 隔週 午前(織田医師) <input type="checkbox"/> リウマチ 木曜 午後診(岡野医師) <input type="checkbox"/> 早期認知症 第2・4火曜 午後診(三木医師) <input type="checkbox"/> 早期認知症 月曜 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 午後診(伊藤医師) <input type="checkbox"/> 糖尿病 木曜 午後診(伊藤医師)		
所在地:					
TEL:					
FAX:					
医師名:					
フリガナ					
患者氏名					
生年月日			性別	*朝・夜の一般診察は予約制ではありません	
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
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～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させて頂きます。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にお願いいたします。

大東中央病院 地域医療連携室

直通TEL: 072-870-0217

直通FAX: 072-870-0204

代表TEL: 072-870-0200

予約受付時間(祝日は除く)

月～金 9:00～17:00

土 9:00～13:00