

南大阪小児リハビリテーション病院 初診予約申込書

Fax:06-6699-8734

平成 年 月 日()

地域医療連携部 担当者 宛

☆受診当日には診療情報提供書をご持参いただきますようお願いいたします。

診療 依頼 目的	※診察の参考とするため、診療情報提供書をFAXいただくか、下記に症状等をご記入下さい。
----------------	---

希望 受診 内容	受診科： 整形外科 / 小児科 / 小児外科 <hr/> 予約内容： <input type="checkbox"/> 至急受診が必要 【至急受診以外】 <input type="checkbox"/> 上記希望日時で予約が取れない場合は電話連絡を希望 <input type="checkbox"/> 特に希望日時はないが、出来るだけ早い日を希望 <input type="checkbox"/> 希望医師で予約が取れない場合は電話連絡を希望 <hr/> 医師名： ※希望医師名は、特に希望される場合のみご記入下さい。
----------------	---

紹介元 医療 機関	病院名： _____ 医師名： _____ <hr/> 住 所： _____ <hr/> 電 話： _____ FAX： _____
-----------------	--

患者 情報	フリガナ 氏 名： _____ 性別： 男 ・ 女 <hr/> 生年月日： M T S H 年 月 日生 (歳) <input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません <input type="checkbox"/> 不明 _____ 約 _____ 年前 _____
----------	---

返信 先	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関 <input type="checkbox"/> 患者(予約時間の調整等直接患者さんで行い、予約通知書を患者さん、紹介元医療機関にFAXします。) ※予約通知書を送付する患者さん連絡先 携帯： _____ FAX： _____ 電話： _____
---------	---

社会福祉法人 愛徳福祉会 南大阪小児リハビリテーション病院

電話：06-6699-8731

Fax:06-6699-8734