

診療予約申込書

令和 年 月 日

関西医科大学くずは病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

—

—

FAX

—

—

医師名

フリガナ 患者氏名	旧姓	性別	生年月日
		男	明治・大正・昭和・平成・令和
		女	年 月 日生 (歳)
住所 〒	当院受診歴 : 有り・無し・不明		
電話番号	「有り」の場合ID番号 ()		

主訴および傷病名	ADL : <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり → 来院方法 ()
紹介目的 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> 家族相談 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他 ()	待ち状況 : <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 入院中 → 来院方法 ()
アレルギー <input type="checkbox"/> 薬物過敏 () <input type="checkbox"/> 食物過敏 ()	(転院目的の場合) 病室希望 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 総室

<input type="checkbox"/> 予約希望日 あり <input type="checkbox"/> 予約希望日 なし	
第1希望 令和 年 月 日 () 午前診・夕診・どちらでも	
第2希望 令和 年 月 日 () 午前診・夕診・どちらでも	
保険情報 (コピー可) ※ 当日は、必ず保険証をご持参ください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証	<input checked="" type="checkbox"/> 公費負担医療受給者証
保険者番号	負担者番号
記号・番号	受給者番号
続柄 本人・家族	
< 諸法関係 >	
保護医療 (福祉事務所名 :)・労災・交通事故・その他 ()	

[お問い合わせ]

関西医科大学くずは病院 地域医療連携部 〒573-1121 枚方市楠葉花園町4番1号

【受付】 平日 8時30分～20時00分 土曜 8時30分～12時00分

【休診日】 日曜日・祝日・年末年始(12月29日～1月3日)

■ ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問合せください。

電話 072-809-0013 FAX 072-809-0022