

# 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 女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（歳）
住所 〒	当院受診歴：有り・無し・不明 「有り」の場合ID番号 ( )		
電話番号	( )		

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

予約希望日 あり     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。

■ 被保険者証		■ 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 地域医療連携課 〒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、地域医療連携課までお問合せください。

電話 072-809-0013 FAX 072-809-0022