

事前診療予約申込書

FAX送信用 ①

令和 年 月 日

関西医科大学 附属病院

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	旧姓	男 女	生 年 月 日
患者氏名	*カルテ重複防止の為		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所 〒			関西医大受診歴：有・無・不明
携帯番号	電話番号	有の場合 ID 番号 ()	
主訴および傷病名			ADL：□独歩 □車いす □寝たきり→ 来院方法 ()
紹介目的：□精査加療 □検査 () □セカンドオピニオン □その他 ()			待ち状況：□貴院待機中 □院外 □入院中→ 来院方法 ()
アレルギー □薬物過敏 () □食物過敏 ()			外国人の方・日本語 □可 □不可 日本語での会話が難しい方は必ず 通訳の方とご来院下さい。

以下の項目を記入の際は、この用紙①を切り離して下さい。次ページ写りにご注意ください。

受診希望日 第1希望 令和 年 月 日 ()
第2希望 令和 年 月 日 ()

希望日なし又は不都合な日があればご記入ください。[]

- ご紹介の際は診療情報提供書・採血データ・検査データを添付しお申し込み下さい。
- 予約取得に診療科への確認が必要な場合があります。
- 翌日に受診希望の場合は、前日の16時30分までにご連絡くださいますようお願いいたします。
- セカンドオピニオンをご希望の場合は回答に数日かかる場合がございますのでご了承下さい。

※受診当日は必ずマイナンバーカード又は保険確認証原本をご持参ください。以下の場合は必ず ☒ をお願い致します。

- 労災(公災) □生活保護(福祉事務所名)
□交通事故 □その他()

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません(詳細は担当者にご相談ください)

地域医療連携部/受付時間 関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号

《受付》平日 8時30分～20時 土曜日 8時30分～12時30分

《休診日》日曜、祝日、第2・4土曜日、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い合わせ下さい。

[地域医療連携部] 電話 072-804-2742 FAX 072-804-2861