

南大阪小児リハビリテーション病院 初診予約申込書

当法人では、運動器障がいを含む様々な病気に対する専門的な治療を行っております。そのため、**医療機関**（病院・診療所など）・保健機関（保健所など）の紹介を受けた子どもさんの受診を原則としておりますので、**受診の際には「診療情報提供書（紹介状）」をご用意下さい。**

FAX：06-6699-8734

〒546-0035 大阪市東住吉区山坂5-11-21 外来 初診受付 宛

- ◎医療機関の方へ：お申し込みは**FAX**にて、**本紙と診療情報提供書を併せて送信下さい。**
 検査機関等データがある場合はCD-Rに保存の上、**予約完了後郵送**にて上記宛先までお送り下さい。
 - ◎患者様へ：お申し込みは**本紙**に**受診目的**をご記入の上、診療情報提供書・検査結果データ（CD-R）と併せて**郵送**にてご送付下さい。
- ※お返事は郵便が届き次第、担当者より連絡いたします。**お急ぎの場合**は下記 連絡先に併せてお電話下さい。

記入者	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関		<input type="checkbox"/> 患者様	
当院からの返信先 <small>返信先希望へチェックの上、「返信先名・住所」をご記入下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ希望 <input type="checkbox"/> 患者様へ希望	返信先名 [_____] 住所 〒 _____		
<small>（下記紹介元医療機関と同じ場合は不要）</small>				

当院記入欄	ID
-------	----

患者様	フリガナ							
	氏名				男・女			
	生年月日	年	月	日	（ 歳）			
	連絡先	TEL	-	-	連絡希望時間（ 時頃）			
FAX		-	-					
希望受診内容	受診科	整形外科・リハビリテーション科・小児科・内科・嚥下・呼吸器 （○をつけて下さい） ※検査結果等データがある場合はCD-Rに保存の上、紹介状と併せて作成下さいますようお願いいたします。						
	傷病名							
	受診目的	<input type="checkbox"/> 紹介状と同様の場合はチェックしてください。						
	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。						
	予約内容	希望日時①	年	月	日	希望日時②	年	月
		<input type="checkbox"/> 特に希望日時はないが、 できるだけ早い日時 を希望 <input type="checkbox"/> 希望医師・日時 で予約が取れない場合は電話連絡を希望						

紹介元医療機関	名称								(ゴム印等使用可)
	所在地	〒	-	-	-	-	-	-	
	TEL	-	-	-	-	-	-	-	
	FAX	-	-	-	-	-	-	-	
	診療科								