

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

〒546-0035 大阪市東住吉区山坂 5 丁目 11-21 地域医療連携室 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**ご送付ください。
検査結果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ください。
- ◎ **患者様へ**：お申し込みは **FAX** または **郵送** にて、**受診目的をご記入の上、本紙**をお送りください。
※ 診療情報提供書・検査結果等データ(CD-R)をお持ちの方は併せて**郵送にて**ご送付ください。
- ※ お返事は翌日以降となる場合があります。お急ぎの場合は下記 地域医療連携室 宛に併せてお電話ください。

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うえ、「返信先名・住所」に必要事項をご記入ください。</small>	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ希望	返信先名・住所 [_____] 〒 _____ - _____
	<input type="checkbox"/> 患者様へ希望	
(下記 紹介元医療機関と同様の場合は不要)		

当院記入欄	ID
患者様	フリガナ _____
	氏 名 _____ 男・女 _____
	生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
	連絡先 電話番号 _____ - _____ - _____ 連絡希望時間 (_____ : _____ 頃) F A X _____ - _____ - _____
希望受診内容	受診科 整形外科・リハビリテーション科・側弯・小児科・内科・嚥下・呼吸器 ※ 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致します。
	傷病名 _____ ○で囲んでください
	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ください
予約内容	希望日時：① 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 特に希望日時はないが、出来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 _____ (ゴム印等使用可能)
	所在地 〒 _____ - _____
	電話番号 (_____ - _____)
	F A X (_____ - _____)
	診療科 _____ 主治医 _____