

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。
- ◎ 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。
診療情報提供書をお持ちの方は**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してください</small>	返信先 [_____]	
	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ希望 〒 _____	
<input type="checkbox"/> 患者様へ希望		

	当院記入欄	ID
患者情報	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 ○で囲んでください
	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