

診察申込依頼書

おおさかグローバル整形外科病院(旧：牧整形外科病院)
患者サポートセンター 宛FAX：06-6786-6203 (直)
TEL：06-6786-6202 (直)

紹介元情報			
傷害部位		希望医師名	
紹介元医療機関名		紹介元医師名	
紹介元住所	〒 -		
紹介元TEL	-	紹介元FAX	-
受診目的	※診療情報提供書がございましたら別紙添付をお願いします。		
既往歴			
受診希望日	第一希望日	年 月 日 曜日	当院での受診歴
	第二希望日	年 月 日 曜日	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>

※希望日無しの場合は、第一希望日、第二希望日は空白にしてください。
※受診予約日にMRI撮影が実施できず、後日撮影になる事がございますので、ご了承ください。

患者様情報					
フリガナ	姓	名	性別	被保険者	続柄
氏名			男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/>		本人 <input type="checkbox"/> ・ 家族 <input type="checkbox"/>
生年月日	明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 年 月 日 歳				
郵便番号	〒 -		電話番号 -		
住所					
どちらか当てはまる場合は ○をお願い致します		交通事故 <input type="checkbox"/>			労災予定 <input type="checkbox"/>

※健康保険証、医療証があればFAXして下さい。

※患者サポートセンターの業務時間：月～金曜日・8：30～17：00（土・日・祝除く）
業務時間外のご依頼は、翌業務日のお返事になることもございますのでご了承下さい。