≪ 大阪中央病院 / 受診申込書 ≫

大阪中央病院 ≪ 地域医療連絡室 ≫
TEL：06-4795-5533（直通）
FAX：06-4795-5535（24時間対応）
※ 但し、時間外は翌営業日対応

※ 該当項目に記入もしくは○をつけてください。

申込日　　年　　月　　日

◆ 希望受診科

内　科（内・糖・呼）	消化器内科	循環器内科
外　科（肛門・消・乳・甲）	整形外科	皮膚・形成外科
泌尿器科（ｳﾛｷﾞﾈ・男性不妊）	婦人科	眼　科
耳鼻咽喉科	希望医師名	

医療機関名：

所在地：

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：

診療科：

医師名：

◆ 紹介目的　（受診・検査・入院）

病名 / 主訴

◆ 受診希望日

第1希望日	第2希望日	第３希望日	都合の悪い日

◆ 患者情報　※ 当院受診歴（無・有 ⇒ ＩＤ：　　）

フリガナ		男・女	生年月日　年　月　日
氏名			
住所	（〒　　ー　　）	自宅 TEL	
		携帯 TEL	

患者状況	外来患者 / 入院患者（DPC・出来高） / 待機中 / 帰宅	ＡＤＬ	独歩 / 車イス / ストレッチャー

◆ 検査依頼

内視鏡検査	胃						
心電図	ホルター	マスター負荷	トレッドミル				
超音波検査	腹部	乳腺	甲状腺	心臓	血管		

※ あらかじめご説明の必要な検査につきましては、患者さまが検査日までに一度ご来院いただきますようお願い申し上げます。
★ご都合の良い日に診療予約をさせていただきます。

≪ 当院連絡事項 ≫

≪ 病診チェック欄 ≫

予約担当者	予約ノート	案内票	マスタ登録	オーダー確認	コピー	診療科	初診	最終確認