

年 月 日

## 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)  
地域連携室 宛

FAX：06-6786-6203 (直)  
TEL：06-6786-6202 (直)

|          |                             |   |   |        |         |
|----------|-----------------------------|---|---|--------|---------|
| 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お願いします。 |   |   |        |         |
| 既往歴      |                             |   |   |        |         |
| 受診希望日    | 第一希望日                       | 年 | 月 | 日      | 当院での受診歴 |
|          | 第二希望日                       | 年 | 月 | 日      | 有 ・ 無   |

※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。

|                           |                      |             |             |      |               |
|---------------------------|----------------------|-------------|-------------|------|---------------|
| フリガナ                      |                      |             | 性別          | 被保険者 | 続柄            |
| 氏名                        | 姓                    | 名           | 男<br>・<br>女 |      | 本人<br>・<br>家族 |
| 生年月日                      | 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) |             |             |      |               |
| 住所                        | (〒 - ) TEL:          |             |             |      |               |
| どちらか当てはまる場合は<br>○をお願い致します |                      | 交通事故 ・ 労災予定 |             |      |               |

※健康保険証、医療証があればFAXして下さい。

※地域連携室の業務時間 月～土 8：30～17：00（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。