

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)
地域医療連携部 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・女		本人・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 ○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。

※地域医療連携部の業務時間 月～金 8：30～17：00、第2・4土曜日 8：30～12：30（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。