

令和 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)
地域連携課 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 ☐ ・ 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。
※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 ☐		本人 ☐
			女 ☐		家族 ☐
生年月日	明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 ☐ 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 ☐ ・ 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（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。

おおさかグローバル整形外科病院 地域連携課