

診療予約申込書

《予約センター》

大阪国際がんセンター 予約センター 直通番号

申込日：平成 年 月 日

FAX: 06-6945-1885	TEL: 06-6945-1880
-------------------	-------------------

受付時間／平日 9:00～20:00(土・日・祝日、年末年始(12月29日～1月3日)は休診)

※FAXは24時間受信しておりますが、受付時間終了後に受信しましたお申込みにつきましては翌日(休日明け)のお取り扱いとなりますので、ご了承ください。

保険情報		貴医療機関情報	
被保険者氏名		所在地	
保険種別		名称	
記号・番号		電話	
保険者番号		FAX	
公費負担者番号		医師名	
公費負担受給者番号			

患者様の情報			
患者様氏名	フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 (満 歳) 生年月日
住所	〒		
自宅TEL		携帯TEL	
紹介目的	診療情報提供書(紹介状)の添付を必ずお願い致します。 ※診療情報提供書(紹介状)は当日必ずご持参下さい。		
受診希望科	科	医師名	医師
受診希望日	① 希望日 月 日 () ② 希望日 月 日 () ③ 希望なし ご都合の悪い日 : 月 日		
受診履歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 退院後受診 <input type="checkbox"/> 入院中受診		費用に関する医療機関連絡者 ()
当院来院時の状況(予測)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 酸素使用中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
持参資料 ※必ず記入	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム(<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR) <input type="checkbox"/> 病理組織標本 <input type="checkbox"/> その他 ()		

センター処理欄	受付No.
月 日 () 時 分 (科 医師)