

診 察 予 約 申 込 書

近畿大学病院 予約センター(地域連携課) 行

令和

年

月

日

医療機関の名称

所 在 地

TEL

FAX

担 当 科 名

医 師 氏 名

☐ 外来患者 (待機中 ・ 帰宅) ・ ☐ 入院患者 (出来高算定 ・ DPC ・ その他)

医療保険

公的保険証の所持

: ☐ 有☐ 無☐ 生活保護

希望内容 診療科名 () 医師名 ()

①予約希望日時 令和 年 月 日 () 時 分頃

②予約希望日時 令和 年 月 日 () 時 分頃

③予約希望日時 令和 年 月 日 () 時 分頃

☐ 希望日なし ☐ 都合の悪い日 ()☐ 腹部エコー検査希望腹部エコー検査後、診察があります。
申し込み時に診療情報提供書のFAXをお願いいたします。

紹介目的 精査・加療・入院・転医・手術・その他 ()

患者氏名 (フリガナ) 男・女

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 生まれ (歳)

住所 〒

自宅電話

携帯電話

近畿大学病院での受診歴 有 ・ 無 ・ 不明 ID番号

特記事項

(注) ・本紙と一緒に「診療情報提供書」をFAX送信願します。また、当日は原本を必ず持参ください。

・日時や医師などご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。

・FAX申し込み受付時間:平日 9:00~20:00 土曜 9:00~12:00

・FAXは24時間稼働しておりますが、上記時間以降のお申し込みは翌営業日の対応となります。

近畿大学病院 予約センター(地域連携課)

TEL:072-288-6236(直通) FAX:072-298-1650(直通)