

★診療情報提供書（紹介状）も一緒に FAX 送信をお願いします。

地域医療連携センター FAX 0120-846-489 (直) TEL 0120-803-220 (直)

淀川キリスト教病院 診察依頼申込書

貴医療機関名

至急折り返しの連絡要！！

住 所
TEL / FAX

【希望受診日】 （有・無） ① 月 日（ ） ② 月 日（ ）	【希望医師】 医師
--	-------------------------

【希望診療科】 診療科に○をつけてください

<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科・小児耳鼻科
<input type="checkbox"/> リウマチ膠原病内科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 脳血管神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 形成外科・小児形成外科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> ペインクリニック	<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科
<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科		

※ 印で囲みのある診療科は、完全予約制となっております。

※当日受診希望・救急受診をご希望の場合は、電話にてご依頼をお願いいたします。

※ 外来 入院中（支払方法がわかるものも一緒にご送付ください）

<患者情報> 淀川キリスト教病院受診歴 無 ・ 有（患者番号 _____）

依頼目的 ●分娩のご予約の場合 週数（ ） 予定日（ ） <input type="checkbox"/> 単胎妊娠 <input type="checkbox"/> 双胎妊娠 <input type="checkbox"/> 品胎妊娠	
フリガナ	性別 男・女
氏名 旧姓（ ）	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
住所 〒	TEL
保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災

※ 個人情報については、医療連携の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。

個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

※ 業務時間外の場合、翌日（休日の場合は第一日目の業務日）の返信となります。

※地域医療連携センター業務時間 平日 9:00~19:00 土曜日 9:00~13:00