

★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 TEL 0120-364-489

## 淀川キリスト教病院 診察依頼申込書

貴医療機関名

住 所

T E L / F A X

至急折り返しの連絡要！！

### 【希望受診日】

なし 第一希望 月 日 ( )

第二希望 月 日 ( )

※ご希望に添えない場合は、その旨連絡させていただきます

### 【希望医師】

なし

医師

### 【希望診療科】 ご希望の診療科に○をおつけください

<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
<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"/>		<input type="checkbox"/>	乳腺外科	<input type="checkbox"/>	放射線治療科

※  に囲ってある診療科は、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。

※  貴院 入院中 （支払方法がわかるものも一緒にご送付ください）  外来

### 患者情報

依頼目的

●分娩のご予約の場合 週数 ( ) 予定日 ( )  単胎妊娠  双胎妊娠  品胎妊娠

フリガナ

性別 男・女

氏名

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和  
年 月 日

住所

〒

TEL

※ 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 9:00～20:00 土曜日 9:00～13:00