

診察予約申込書

令和 年 月 日

医療法人 大植会 葛城病院

紹介元医療機関名

地域医療連携室

住 所

FAX : 072-422-9931 (直通)

T E L

TEL : 072-422-9911 (直通)

F A X

医師名

フリガナ	生年月日
患者氏名 (男・女)	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)	
電話番号 (- -)	携帯番号 (- -)

【紹介元】外来 入院中 【来院方法】自己来院(独歩) 車椅子 ストレッチャー

【診察申込み】

病名・症状 ◆持参資料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他 ()	
希望診療科 (専門外来をご希望の場合は《 》内も選択してください) <input type="checkbox"/> 内科《 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 糖尿病 《 <input type="checkbox"/> 整形外科《 <input type="checkbox"/> 足の外科 <input type="checkbox"/> 手の外科 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 《 <input type="checkbox"/> 人工関節センター (<input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節) <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤治療センター <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	希望医師名
紹介目的 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ()	
ご希望等あればご記入ください。(診察希望日、都合が悪い日等)	

地域医療連携室 予約受付時間 (※日曜・祝日、年末年始を除く)

月～金曜日 9:00 ~ 19:30

土曜日 9:00 ~ 17:00

◆病名・症状によっては、診療情報提供書等の情報提供をご依頼させていただく場合があります。

◆ご予約日の変更が必要な場合は、患者さまより下記まで直接ご連絡ください。

《電話番号》072-422-9909(代表)

《予約変更受付時間》13:00~17:00 月～土曜日(日・祝は除く)