

# 葛城病院・診察予約申込書

FAX：072-422-9931【直通】

令和 年 月 日

紹介元医療機関名	TEL： FAX：	診療科： 医師名：
----------	--------------	--------------

フリガナ		性別	年齢
患者氏名	性 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
住所	(〒 - ) (電話番号) (携帯電話)		
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 <input type="checkbox"/> 入院患者	来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他

希望診療科	<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"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 《 《 <input type="checkbox"/> 足の外科 <input type="checkbox"/> 手の外科 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ 《 <input type="checkbox"/> 人工関節・関節機能再建センター 《 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 《 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科・下肢静脈瘤治療センター <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 外科・肛門外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科(※) <input type="checkbox"/> 形成外科(※) <input type="checkbox"/> 泌尿器科(※) ※非常勤医師による外来診療のみの対応となります		
希望医師名			医師
病名・症状			
受診希望日	<input type="checkbox"/> 最短日 第1希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日 都合の悪い日 令和 年 月 日		
◆持参資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )		

当院記入欄	ID		予約日	
	診療科		担当医	

医療法人 大植会 葛城病院 地域医療連携室 予約受付時間 (※日曜・祝日、年末年始を除く)  
月曜日～金曜日9：00～19：30 / 土曜日9：00～17：00  
TEL：072-422-9911 (地域医療連携室直通)  
◆病名・症状によっては情報提供等のご依頼をさせていただく場合がございます。