

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	姓 名	☐ 男 ☐ 女	歳
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		
住所	(〒 -) (電話番号) (携帯電話)		
患者状況	☐ 外来患者 ☐ 入院患者	来院方法	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ その他

希望診療科	☐ 内科 《 ☐ 膵臓 ☐ 肝臓 ☐ 消化器 ☐ 循環器 ☐ 糖尿病 《 ☐ 整形外科 《 ☐ 脊椎 ☐ 膝関節 ☐ 股関節 ☐ 肩関節 《 《 ☐ 足の外科 ☐ 手の外科 《 ☐ 人工関節・関節機能再建センター 《 ☐ 膝関節 ☐ 股関節 《 ☐ 心臓血管外科・下肢静脈瘤治療センター ☐ 脳神経外科 ☐ 外科・肛門外科 ☐ 皮膚科(※) ☐ 眼科(※) ☐ 形成外科(※) ☐ 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	☐ 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	☐ なし ☐ レントゲン ☐ CT ☐ MRI ☐ エコー ☐ 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。