

# 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：<br>FAX： | 診療科：<br>医師名： |
|----------|--------------|--------------|

|      |                                                                                                                       |                                                          |                                                                                       |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ |                                                                                                                       | 性別                                                       | 年齢                                                                                    |
| 患者氏名 | 姓<br>名                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 男<br><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   | (〒 - )<br>(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 《<br><input type="checkbox"/> 整形外科 《 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 《<br>《 <input type="checkbox"/> 足の外科 <input type="checkbox"/> 手の外科 《<br><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 《<br><input type="checkbox"/> 心臓血管外科・下肢静脈瘤治療センター<br><input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 外科・肛門外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科<br><input type="checkbox"/> 眼科(※) <input type="checkbox"/> 形成外科(※) <input type="checkbox"/> 泌尿器科(※)<br>※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<br>第1希望 令和 年 月 日<br>第2希望 令和 年 月 日<br>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)<br>月曜日～金曜日9:00～19:30 / 土曜日9:00～17:00<br>TEL:072-422-9911(地域医療連携室直通)<br>◆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。 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|