

社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院
外来診察予約 申込書

社会医療法人愛仁会
尼崎だいもつ病院
地域医療部 行

申込み _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名: _____ 印
医師名: _____
TEL: _____
FAX: _____

フリガナ		男・女 様	生年 月日	大正・昭和・平成・令和	
患者氏名				年 月 日 ()歳	
住所	〒	TEL	— —		
希望診療科 ※希望の 診察に☑を 記入下さい。	<input type="checkbox"/> 内科(毎週月～金曜日 9:00～11:00) <input type="checkbox"/> もの忘れ外来(毎週水曜日・金曜日 10:00～) <input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科(毎週水曜日 13:00～ ・ 毎週木曜日 15:00～) <input type="checkbox"/> 脳神経内科(毎週木曜日 9:00～11:00) <input type="checkbox"/> リハビリテーション科(毎週火曜日 9:00～11:00) ※脳卒中(回復期・生活期)の診察など <input type="checkbox"/> 胃瘻交換前(毎週水曜日 9:30～11:00) ※2回目以降の方も内科・消化器による胃瘻交換前の外来予約が必要です。 外来受診頂いた上で、次回の外来予約(胃瘻交換日)をお取りいたします。				
患者様状況	<input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅されている <input type="checkbox"/> 入院中 (<input type="checkbox"/> 退院後受診 <input type="checkbox"/> 入院中受診)				
第1希望日	令和 年 月 日 ()	第2希望日	令和 年 月 日 ()		
希望医師	<input type="checkbox"/> 有()医師			<input type="checkbox"/> 無	
特記事項	※診療情報提供書に病名、主訴、病歴が記載の場合は不要				
予約手順	1)この「予約申込書」と「診療情報提供書」をFAX送信してください。 2)予約日時決定後、「予約票」をFAX返信致します。 3)患者様に「予約票」をお渡しください。				

【お問い合わせ】

社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院 地域医療部
(受付時間) 平日 8:30～17:00
(TEL)06-6482-0115 (FAX)06-6482-0212

(FAXは24時間受付けております)