

# 社会医療法人愛仁会 尼崎だいまつ病院 外来診察予約 申込書

社会医療法人愛仁会  
尼崎だいまつ病院  
地域医療部 行

申込み \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名：  
医師名： \_\_\_\_\_ 印  
TEL：  
FAX：

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様		年 月 日	年 月 日 ( ) 歳
住所	〒		TEL	— —
希望診療科 <small>※希望の診察に☑を記入下さい。</small>	<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 ) <small>※脳卒中(回復期・生活期)の診察など</small> <input type="checkbox"/> 胃瘻交換前 ( 毎週水曜日 9:30 ～ 11:00 ) <small>※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。</small>			
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	<small>※診療情報提供書に病名、主訴、病歴が記載の場合は不要</small>			
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 尼崎だいまつ病院 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)