

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：
医師名： 印
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。	☐ 内科(毎週月～金曜日 9:00 ～) ☐ もの忘れ外来(毎週水曜日・金曜日 10:00 ～) ☐ 糖尿病内分泌内科(毎週水曜日 13:00 ～ ・ 毎週木曜日 11:00 ～ 12:00) ☐ 脳神経内科(毎週木曜日 9:00 ～) ☐ リハビリテーション科(毎週火曜日 9:00 ～) ※脳卒中(回復期・生活期)の診察など ☐ 整形外科(毎週月曜日・木曜日 9:00 ～) ☐ 義肢装具外来(毎週金曜日 9:00 ～) ☐ 痙縮治療外来(毎週金曜日 13:00 ～ 16:00) ☐ LSVT外来(毎週火曜日 11:00 ～ 12:00) ☐ 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	☐ ご紹介元医療機関にて外来待機中 ☐ 帰宅されている ☐ 入院中 (☐ 退院後受診 ☐ 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	☐ 有()医師			☐ 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)