社会医療法人祐生会

茨木みどりヶ丘病院　地域連携室　行

FAX　072 - 622 - 1539

受付時間／ 月～土曜日　9：00～17：15

診　療　申　込　書

申　込　日：　　年　　月　　日

医療機関名：　　TEL：

医　師　名：　　FAX：

① 診療情報提供書（紹介状）も一緒にFAXしてください。

② 申込書を受信後、ただちに「予約票」を返送いたします。患者さんへお渡し願います。

紹介情報

受診科	◆ ご希望の検査に✓をつけてください　※曜日・時間を指定して受付いたします					
	☐ 内科（☐ 一般 ☐ 呼吸器※ ☐ 糖尿病※ ）			☐ 循環器内科※	☐ 消化器内科※	
	☐ 整形外科	☐ 脳神経外科	☐ 外科※	☐ 泌尿器科※	☐ 皮膚科※	☐ 小児科

◆ 該当箇所に✓をつけてください

担当医師	☐ 希望なし						
	☐ 希望あり	（　　）　先生					
受診希望日	☐ 希望なし	不都合な日　（　　）					
	☐ 希望あり	※以下に希望日をご記入ください。					
	第1希望	月　日（　）	第2	月　日（　）	第3	月　日（　）	

患者さん情報

フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　名	様		年　月　日（満　歳）
住　所	〒	電　話	

保険者番号										公費負担番号									負担割合
記号			番号							受給者番号									割
備考																			

※ 受付時間外のお申込みに関しましては、翌診療日のお取り扱いとなります。

社会医療法人祐生会　茨木みどりヶ丘病院　地域連携室
TEL：072-622-1526（直）　FAX：072-622-1539（直）