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～金曜日　9:00 ～ 17:00
土曜日　9:00 ～ 13:00

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

◆ご希望の診療科に〇をつけてください。

内科　(　一般　呼吸器※　糖尿病※　)	循環器内科※	消化器内科	外科	整形外科	
脳神経外科	泌尿器科※	皮膚科※	眼科	※ 曜日・時間を指定して受付いたします	

◆該当箇所に〇をつけてください。

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希望	月　日 (　)	第3希望	月　日 (　)

患者さん情報

個人情報

フリガナ			性別
氏名	様		男・女
生年月日	年　月　日　(　満　歳　)		
住　所	〒		
電　話		携　帯	

保険情報

保険者番号	本人・家族	公費負担番号		負担割合
記号	番号	受給者番号		割

備考

※ 受付時間外のお申し込みに関しましては、翌診察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)