

# 大阪労災病院 診療予約申込書

令和 年 月 日

**FAX:072-255-8203**

紹介元医療機関	〒		
	TEL ( )	FAX ( )	科 先生

希望診療科・医師名	科	医師
現症・その他		
受診希望日 <input type="checkbox"/> 最短日	第1希望 令和 年 月 日 曜日	
*1ヶ月以上先のご予約は お取りできません	第2希望 令和 年 月 日 曜日	
	もしくは 令和 年 月 日 以外で受診希望	

フリガナ		旧姓	性別
患者氏名	姓	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 ( 歳)		
現住所	〒 TEL ( )		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃 科受診)		
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 ( <input type="checkbox"/> 貴院待機中 ) <input type="checkbox"/> 入院患者 ( DPC <input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 非対象 )		

当院記入欄	ID		診療科	医師
	予約日時	月 日 ( )	:	担当

〒591-8025 堺市北区長曾根町1179-3 独立行政法人労働者健康安全機構 <b>大阪労災病院</b> メディカルサポートセンター／地域医療連携室	TEL:072-255-8076(直通) FAX:072-255-8203(直通) 予約FAX受付時間:8時15分～20時00分 休診日:土日祝及び12/29～1/3
---	--