

# 診察予約申込書

平成 年 月 日

近畿大学医学部附属病院 患者支援センター 行

医療機関の名称

及び所在地

TEL・FAX

担当科名

医師氏名

患者氏名	フリガナ	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生まれ ( 歳)
住 所	〒	
TEL	FAX	
希望予約日時	平成 年 月 日 ( )	時 分頃
希望内容	診療科名 ( ) 科) 医師名 ( )	
紹介目的	精査・加療・入院・転医・手術・その他 ( )	
病名 ( )	・ ADL ( 独歩 ・ 車椅子 ・ ベッド上 )	
外来患者・入院患者 ( )	出来高算定・DPC・その他 )	
近畿大学医学部附属病院での受診歴	有・無	ID番号
特記事項		

(注)

被保険者名										
保険者番号										
記号 番号										
被保険者との続柄	本人・家族	負担割合 0・1・2・3割								

公費負担番号									
受給者番号									
(老人)一部負担金割合	0割 ・ 1割 ・ 2割 ・ 3割								

(注) ・日時や医師などご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。  
 ・FAXのお申込み受付時間：平日9：00～16：00 土曜9：00～12：00  
 FAXは24時間稼働していますが、上記時間以降のお申し込みは翌営業日の対応となります。