

診察予約申込書

近畿大学病院 地域連携課 行

令和 年 月 日

医療機関の名称

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・令	年 月 日 生まれ (歳)
住所	〒	
TEL	FAX	
予約希望日時	令和 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)	
近畿大学病院での受診歴	有 ・ 無	ID番号
特記事項		

被保険者名			
被保険者番号			
記号・番号・枝番			
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	負担割合	割

公費負担番号			
受給者番号			
一部負担金割合	0 ・ 1 ・ 2 ・ 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申し込み受付時間:平日 9:00~20:00 土曜 9:00~12:00
FAXは24時間稼働しておりますが、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。