

# 診療申込書

《紹介患者専用》

病院確認欄		
診療科	登録者	確認者
ID		

\* 交通事故・仕事上の事故(労災)で受診される方はお申し出ください

\* 下の太枠内をご記入ください

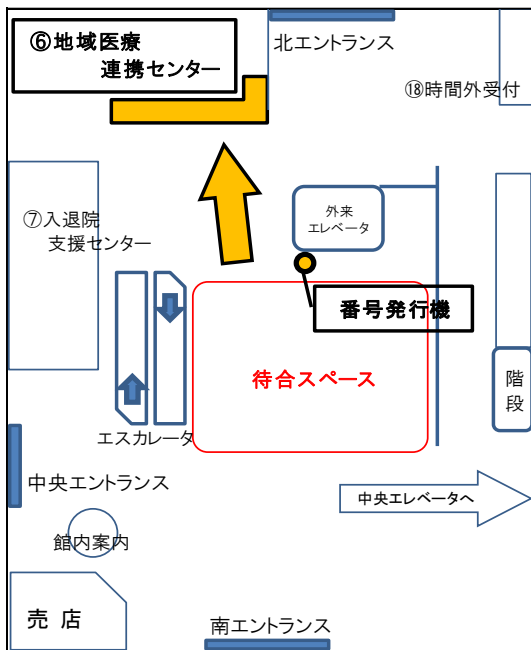
フリガナ		性別	申込日	年	月	日
受診者氏名		男・女	生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)		
現住所		〒				
電話番号①	電話番号②		〇自宅 〇本人携帯 〇その他(続柄)			

下記の項目に同意のうえ診療申込します。

※ 患者さんの個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

※ 病状が安定された方などは、地域のかかりつけ医へご紹介させていただきます。

## 【1階 ⑥地域医療連携センター案内図】



## ＜受付方法＞

1. 番号札をお取りいただき番号をお呼びするまでお掛けになってお待ちください。

### 【ご準備いただく物】

保険証(各種医療証等)・紹介状・診療申込書  
診察券(お持ちの方)・予約票(予約のある方)

2. 番号が呼ばれましたら、  
⑥地域医療連携センター窓口までお越しください。

3. 患者登録・紹介状のスキナ等後、  
各診療科・検査科へご案内します。

## ＜病院記入欄＞

該当するもの	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災
保険証の預かり	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
保険証返却チェック		

八尾市立病院  
地域医療連携センター  
TEL:072-922-0887