

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

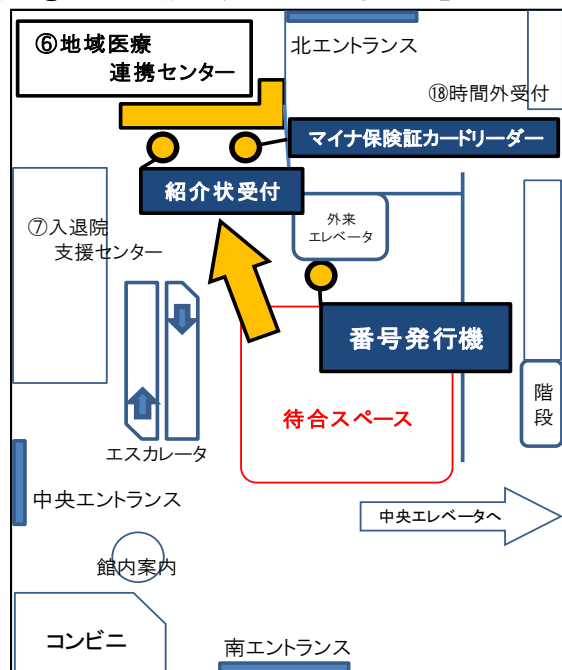
申込日		年		月		日		
フリガナ		性別	生	西暦・大正・昭和・平成・令和				
受診者氏名		男・女	年月日	年 月 日生 (歳)				
現住所	〒							
電話番号①	○自宅 ○本人携帯 ○その他(続柄)		電話番号②	○自宅 ○本人携帯 ○その他(続柄)				

☐ 下記の項目に同意のうえ診療申込します。【□に「✓」をお願いします】

※ 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＞

- 『番号発券機』で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】

マイナンバーカード・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)

- 番号が呼ばれましたら、⑥地域医療連携センター『紹介状受付』窓口までお越しください。
- 患者登録・紹介状のスキャナ等後、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	☐ 交通事故 ☐ 労 災
保険証の預かり	☐ 有 ☐ 無
保険証返却チェック	
マイナ保険証チェック	

八 尾 市 立 病 院
地 域 医 療 連 携 セ ン タ ー
TEL: 072-922-0887