



# コープおおさか病院 外来診療等予約申込書

年 月 日

コープおおさか病院 地域連携室

FAX 06-6914-1136

貴院名

医師名

貴院住所

電話

FAX

■ ご依頼いただく内容について、下記の□に✓をお願いします。

\*診療日が確定された科・外来があります。ホームページ又は電話にて確認をお願いします。

泌尿器科外来

糖尿病外来

消化器外来

リウマチ外来

眼科

外科・肛門科

ボトックス外来

その他

医師の指定等がありましたらご記入下さい

フリガナ				
患者名		男・女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日
住所			電話番号	( )

保険情報は証等のコピーでも構いません。

保険者番号				公費負担者番号										
記号・番号				受給者番号										
区分	国保・社保・後期高齢・他	本人・家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割										
予約希望日	第1希望日	月 日 ( )	第2希望日	月 日 ( )	( ) 希望日なし									
希望時間等														

\*診療情報提供書を必ずご添付下さい。

## ■ 依頼の流れ

①本予約申込書に記入の上、FAXで申し込んで下さい。確認のため電話をいただければ幸いです。

FAX 06-6914-1136 電話 06-6914-1126

②地域連携室から予約票を送付 (FAX)いたします。

③予約票を患者様にお渡しいただき、総合受付にお出でいただき、

予約票を提出いただくようお願い下さい。

④診療情報提供書 (原本) は、当日患者様にご持参いただきますよう、御願いたします。