

＜交野病院 予約申込書＞

紹介医療機関の所在地・名称(TEL・FAX及び担当医師名は必ずご記入下さい)

●患者様個人情報

受診希望日	第1希望	平成	年	月	日	(曜日)			
	第2希望	平成	年	月	日	(曜日)			
	希望なし・不都合な日があればご記入下さい()								
フリガナ		性別		生	年	月	日	年齢	
患者氏名	様	男・女		M・T		年	月	日	歳
		S・H							
住所	〒 -								
電話番号	() -								
当院通院歴	有・無	来院方法	独歩・車椅子・寝たきり→来院方法()						

●保険情報(保険証のコピーでも可)

保 険 者 情 報		記号		番号	
被 保 険 者 名			区分	本人	・ 家族
公 費 負 担 者 番 号		公 費 受 給 者 番 号			

●受診希望診療科・希望検査に☑をつけてください ※は完全予約制です

診療情報提供書をFAXにてお送りください 希望医師()先生

診 療 科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 脊椎脊髄センター	<input type="checkbox"/> 消化管内科 ※
	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科 ※	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 神経内科 ※	<input type="checkbox"/> 肝臓外来	
	<input type="checkbox"/> 血管外科 ※	<input type="checkbox"/> 泌尿器科 ※	
検 査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ (同意書 有・無)	<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー(同意書 有・無)	
	<input type="checkbox"/> 注腸透視	<input type="checkbox"/> 胃透視	
	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脊椎(部位)
	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 上肢(部位)
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 下肢(部位)
	<input type="checkbox"/> 所見 有・無	<input type="checkbox"/> 全腹部	<input type="checkbox"/> 血管造影(部位)
		<input type="checkbox"/> 胸～全腹部	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣
	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 前立腺
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脊椎(部位)
<input type="checkbox"/> 所見 有・無	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 上肢(部位)	
	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵	<input type="checkbox"/> 下肢(部位)	
	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 腎		