

兵庫県立尼崎総合医療センター
《胎児診療外来診察》 予約依頼票

FAX送信先：(06) 6480-7721 地域医療連携センター

※(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

お問い合わせは、電話：(06) - 6480-7720までお願いいたします。

申込日 令和 年 月 日

希望受診日

(診察は 月曜日・火曜日です)

- ① 希望日なし
 ② 月 日
 ③ 月 日
 ④ 月 日

医療機関名：
医師名：
所在地：
TEL：
FAX：

患者様の状況
 ご紹介元医療機関にて外来待機中
 帰宅されている

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日
	(旧姓)		(歳)
住所 電話番号	〒 - - Tel. - -		
当院への 受診歴	<input type="checkbox"/> 有(診察券番号：) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
紹介目的	分娩予定日 年 月 日 (現在 妊娠 週 日) 紹介理由() 分娩予定施設 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 尼崎総合医療センター <input type="checkbox"/> その他()		

- * 折り返し、FAXにて「予約回答書」、「診察申込書」などの必要書類を返信させていただきます。
受付時間：《平日》午前8時45分～午後7時30分、《土曜日》午前8時45分～午前12時
《日曜日・休日》受け付け業務なし TEL: (06)6480-7720(直通)
なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受け付けは翌日対応となります。
- * 来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状：診療情報提供書」を持参の上、当院の「初診受付」へお越しくださるようお願いいたします。