

関西医科大学附属病院

女性診療科 妊孕性温存初診(月木)・内分泌未妊初診(火水金)

紹介元医療機関名

電話

FAX

医師名

フリガナ		旧姓	性別	生年月日
患者氏名			女性	年 月 日生(歳)
住所	〒 _____ 電話番号 () _____			
受診希望日 (ご家族と一緒に来院可能な日)	第1希望 令和 年 月 日()			関西医大受診歴 <input type="checkbox"/> 有 (ID: _____) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 待ち状況 <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外
	第2希望 令和 年 月 日()			
	希望日なし 又は 不都合な日(_____)			
保険情報	※受診当日は必ず保険証原本をご持参ください。			
■被保険者証	■公費負担医療受給者証			
保険者番号 _____ 記号 番号 _____ 続柄 本人 ・ 家族	負担者番号 _____ 受給者番号 _____			

下記のとおり患者様を紹介いたします。

(下記項目をご記入ください)

◆ 婚姻状態: 未婚 ・ 既婚 ・ パートナーあり

◆ こども : あり()人 ・ なし

◆ 疾患名と進行期 :

◆ すでに施行された治療 :

◆ これから施行予定の治療 :

◆ その他 :

依頼方法 : 本用紙をご記入の上、FAX で当院地域医療連携部 (072-804-2861) までお送りいただき、妊孕性温存初診(月木)または内分泌未妊初診(火水金)のご予約をお申し込みください。ご予約が確定次第、予約通知書を FAX にてお送りいたします。(希望者が多い場合には先着順での受付となります。) 本用紙は患者様にお渡しください。患者様は受診当日、本用紙をご持参ください。

関西医科大学 附属病院

〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号

[地域医療連携部
病診連携課]

《受付》
《休診日》

平日:8時30分~20時 土曜日:8時30分~12時30分
日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始(12/29~1/3)

電話 072-804-2742

FAX 072-804-2861