

診 療 案 内 票

受付日：

ご紹介施設名	ご紹介医師名
TEL:	FAX:

患者様名：	様	性別：
-------	---	-----

ID番号		担当医師名	
受診科名			
診療内容			
予約時間	頃		

1. 来院時、この用紙を病院1F(初診受付)に提出して下さい。
 地域医療連絡室が、対応準備を致しております。
 保険証・医療証を必ずご持参下さい。ご紹介医よりの紹介状は必ずご持参下さい。もし、持参されない場合は、診察が受けられない場合がありますのでご了承下さい。
2. 予約時間15分前には初診窓口にお越し下さい。
3. 予約の変更や中止については、前日の午後4時までにお電話下さい。
 大阪中央病院 地域医療連絡室まで連絡して下さい。
4. 診療待ち時間は、受診された患者様の状況により診療に時間がかかる場合がありますのであらかじめご了承下さい。

〒530-0001
 大市北区梅田3-3-3
 大阪中央病院

TEL06-4795-5505 (代)

●地域医療連絡室
 TEL 06-4795-5533
 (予約専用) FAX
 06-4795-5535

