大阪大学歯学部附属病院
地域医療連携室　行

FAXを送信いただく前に
下段TELにて予約を取得ください。
FAX送信時に、紹介状（診療情報提供書）を送付ください。

FAX　06-6879-2356

紹介・予約申込兼予約票　（医療機関専用）

紹介元医療機関情報		申込日	年　月　日
医療機関名		所属科	
所在地			
TEL		FAX	
担当医師		連絡担当者	

患者情報			
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭 平・令　年　月　日 （　歳）
感染症の有無	・無　・有（　）・不明	本院受診歴	・無　・有（診察券番号:　）

自由記載
（電話予約が取得できなかった際の希望日時や当院へ事前に伝えておきたい事などございましたらご記載ください。）

●ホームページに掲載しております『対応診療科一覧』を確認の上、診療科を指定いただきTEL願います。
●当院診療日16:00以降のお申し込みの返信は、原則翌診療日となります。
※初診予約は、9:00～11:30の時間で取得させていただきます。午後からの診療は行っておりません。

---（コピー後、切り取って、患者さんにお渡しください。）---

予　約　票　（本院からの回答を、紹介元にてご記入ください。）

予約日	年　月　日（　曜日）
予約時間	時　分 ※予約時間の30分前までに必ずお越しください。
診療科	

●受診当日にお持ちいただくもの
①この用紙
②健康調査票（ご記入の上お持ちください）
③健康保険証　または　マイナンバーカード
④各受給者証等（お持ちの場合）
⑤紹介状（診療情報提供書・CD等）
⑥お薬手帳等（服薬中の薬がわかるもの）
⑦診察券（お持ちの場合）
⑧母子手帳（乳幼児の場合）

●受診当日は、当院に備え付けの「診療申込書」をご記入のうえ、『初診受付(１番窓口)』におこしください。

初診受付には諸手続きがありますので、予約時間の30分前までに必ずお越し下さい。
ご来院が確認できない場合は、他の方を先に診察する場合がございます。ご注意ください。

●当日の混み具合により、待ち時間が発生する可能性がございます。あらかじめご了承ください。
●予約日に来院できなくなった場合は、必ず事前に地域医療連携室へご連絡ください。
●当院では、紹介医からの依頼事項についてのみ対処することを原則としており、当該事項に関する診療が終了すれば、紹介医のもとでその後の診療が再開されます。

大阪大学歯学部附属病院　地域医療連携室
TEL受付時間：月～金(祝日・年末年始除く)　9：00～16：00
TEL：06-6879-2122