

送信先 FAX 番号 06-6497-3296

尼崎中央病院 診察予約申込票 (FAX 用)

この用紙は紹介状にはなりません。別途、診療情報提供書をお手持ちの様式でご準備いただき、
本用紙と合わせて FAX 送信願います。

依頼元医療機関	
電話番号	
FAX 番号	

お申込日	年	月	日
------	---	---	---

ご希望の診療科に○をおつけください

歯科口腔外科は直接科にてご予約をお取りください (TEL 06-6499-9267(直通))

消化器内科	循環器科	血液内科	糖尿病内科	アレルギー・ リウマチ内科	甲状腺内科	腫瘍内科
脳神経内科	外科	整形外科	脳神経外科	もの忘れ外来	心臓血管外科	呼吸器科
耳鼻咽喉科 (睡眠時無呼吸外来のみ)		眼科	希望医師名			

※ 表記のない科は原則予約不可となります

受診希望日

① 月 日 ()	② 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 希望日無し
その他ご都合		

※ 当日受診をご希望の場合は、診療情報提供書をご準備のうえ下記問い合わせ先までご連絡ください

紹介患者情報

フリガナ		生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	男・女
患者氏名			年 月 日	
当院受診歴	有 (診察券番号) ・ 無 ・ 不明			
当院来院時の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()			

* お問い合わせ先 *



尼崎中央病院 地域医療室

TEL (直通) 06-6499-3047

(代表) 06-6499-3045

FAX (直通) 06-6497-3296

受付時間 (土日祝を除く) 平日 9:00~17:00

※ 受付時間外の対応について

受診予約のご依頼 … 地域医療室FAXは 24 時間稼働しております。本用紙と診療情報提供書をお送りください。
(返答は翌業務日となります。)

救急の問い合わせ … 代表電話(06-6499-3045)にご連絡ください。

2025 年 11 月 更新