

疑診名	
【成人】	☐ 鼠径ヘルニア（右・左・両方） ☐ 臍ヘルニア ☐ 腹壁癒痕ヘルニア ☐ 横隔膜ヘルニア ☐ 食道裂孔ヘルニア ☐ その他（ ）
【小児】	☐ 鼠径ヘルニア ☐ 臍ヘルニア ☐ その他（ ）
特記事項	

受診希望日	なし									
成人：木曜日/小児：月曜日	あり ①	年	月	日 ()	②	年	月	日 ()		

患者情報				
フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男・女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生（ 才）
住所	〒	ADL	独歩 ・ 車いす ・ 寝たきり	
Tel		待ち状況	貴院で待機中ですか はい・いいえ	
大阪医科薬科大学病院 受診歴		☐ 無 ☐ 有 →「有」の場合（ ）科 ID番号：		
保険情報				
☐ 添付資料あり ☐ 下記へ記載				
(添付資料例) 資格確認書コピー・保険情報登録画面のスクリーンショット 等				

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費受給者番号	
続 柄	本人・家族	公費負担割合	1割・2割・3割

紹介元情報	
医 療 機 関 名	
住 所	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
担 当 医	(担当者：)

予約受付時間 平日 8:30～19:30/第1・3土曜日 8:30～12:00