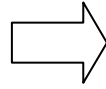


# 県立奈良病院診療予約依頼書（FAX専用）

平成 年 月 日

|                                 |
|---------------------------------|
| 紹介元医療機関                         |
| 名 称<br>所在地<br>医師名<br>TEL<br>FAX |



|   |
|---|
| 県立奈良病院 地域医療連携室<br>TEL 0742-46-6001<br>(内線2527)<br>FAX 0742-46-7666<br>【受付時間 平日9:00~17:00】 |
|---|

|  |   |                        |     |
|--|---|------------------------|-----|
| フリガナ<br>患者氏名   |   | 生年月日（明・大・昭・平）<br>年 月 日 | 男・女 |
| 患者住所   | 〒<br><br>TEL ( ) -  |                        |     |
| 保険者番号  |   | 公費負担者番号                |     |
| 記号   | 番号  | 公費受給者番号                |     |
| ※被保険者との続柄【本人・家族（被保険者氏名）】<br>（今までに当院を受診されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し） |   |                        |     |
| 外来診療<br>依頼   | <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器/感染症内科 <input type="checkbox"/> 消化器/内分泌内科<br><input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科<br><input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科<br><input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 麻酔科（ペインクリニック） <input type="checkbox"/> 精神科・心療内科<br><br>* 受診希望科の□にチェックしてください。 |                        |     |
| 紹介内容   | 緊急性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |                        |     |
| 持参資料   | X線・CT・MRI・内視鏡・超音波・心電図・検査データ   |                        |     |
| 受診に関する<br>ご要望  | * 特に希望する（または不都合な）曜日や希望する担当医がある場合はここにご記入ください   |                        |     |

☆「診療情報提供書（紹介状）」「検査資料」などは受診当日にお持ち下さい。

CT、MRI、RI検査、内視鏡検査、超音波検査、乳癌二次検診の予約については、この依頼書によらず、直接診療科受付へ電話でご予約ください。

- ・CT、MRI、胃透視、注腸、RI検査は、内線2341 中央放射線部受付へ。
- ・内視鏡、超音波検査は、内線2319 中央内視鏡部受付へ。
- ・乳癌二次検診は、内線2313 外科外来受付へ。