

# 奈良県総合医療センター診療予約依頼書(FAX専用)

平成 年 月 日

≪紹介元医療機関≫ 名称  医師名 所在地  TEL FAX
---



<b>奈良県総合医療センター 地域医療連携室</b> TEL 0742-46-6001(代) 0742-81-4891(予約専用ダイヤル) FAX 0742-46-7666 【受付時間 平日8:30~19:00】
--

フリガナ 患者氏名	生年月日(明・大・昭・平) 男 ・ 女 年 月 日	
患者住所	〒 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)】		
今までに当院を受診されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (当センターID: )		
外来診療依頼	<input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器・肝胆膵外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 皮膚科・形成外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 頭頸部外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 精神科・心療内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脊椎脊髄外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック) <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 放射線科(脳血管内治療) ※血液・腫瘍内科については依頼書と診療情報提供書・血液検査データを送って下さい。 ※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 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ちらご記入ください。	

☆「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ください。  
 医師の要望により、事前に診療情報提供書のFAXをご依頼する場合があります。

◎下記の予約については、**直接診療受付へ電話**でご予約ください。

CT・MRI・消化管造影(食道・胃・大腸)・骨密度 .....放射線部受付(2170・2171)  
 内視鏡(上部)検査.....内視鏡部受付(2181・2182)  
 放射線治療・RI・PET.....放射線治療室(2010・2011)

(平成30年5月改訂)