

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

奈良県総合医療センター 地域医療連携室

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) 年 月 日	男 · 女
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。 なし · 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・肝胆脾外科	<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)