

診療情報提供書 兼 診療予約依頼書 (FAX専用)

<<紹介元医療機関>> 名称 医師名 所在地 TEL FAX

平成 年 月 日

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】
--



★別様式の診療情報提供書添付がある場合は→こちらの太枠内のみ記入をお願いします。

フリガナ		性別	生年月日	当院への受診歴																												
患者氏名		男・女	(明・大・昭・平) 年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ID:																												
患者住所	〒			電話番号 () - -																												
診療希望科 ※希望科の□にチェックしてください。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/>循環器内科</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/>消化器・肝胆膵外科</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/>脳神経外科</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/>耳鼻咽喉科</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>腎臓内科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>呼吸器外科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>産科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>皮膚科・形成外科</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>呼吸器内科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>心臓血管外科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>婦人科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>頭頸部外科</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>消化器内科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>整形外科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>小児科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>精神科・心療内科</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>糖尿病・内分泌内科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>口腔外科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>乳腺外科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>眼科</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>神経内科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>脊椎脊髄外科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>泌尿器科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>麻酔科(ペインクリニック)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>血液・腫瘍内科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>感染症内科</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/>放射線科(脳血管内治療)</td> <td></td> </tr> </table> ※血液・腫瘍内科については合わせて血液検査データを送って下さい。				<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)	
<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)																														
受診に関するご要望	※希望する担当医		※希望する(または不都合な)日や曜日																													
紹介目的	緊急性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																															
主訴・傷病名																																
患者状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー																															
持参資料	X線 ・ CT ・ MRI ・ 内視鏡 ・ 超音波 ・ 心電図 ・ 検査データ																															

経過 検査結果 処方等	
-------------------	--

追加書類等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
-------	--