

# 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

<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】
--



★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。	<input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 消化器・肝胆膵外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 脊椎脊髄外科 <input type="checkbox"/> 感染症内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 放射線科(脳血管内治療)	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科・形成外科 <input type="checkbox"/> 頭頸部外科 <input type="checkbox"/> 精神科・心療内科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック)
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 (      )