

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

所在地

医師名

TEL

FAX

担当者

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター 地域医療連携室行

TEL 0742-46-6001(代)

0742-81-4891(予約専用ダイヤル) 一時入力

FAX 0742-46-7666 (地連直通)

【受付時間 平日9:00~17:00】受付時間以外の返信は翌営業日

★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	男 ・ 女		生年月日	当院への受診歴
患者氏名			(明・大・昭・平・令)	☐ あり ☐ なし
患者住所	歳 年 月 日		ID:	電話番号
診療希望科	☐ 消化器内科 ☐ 糖尿病・内分泌内科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 感染症内科 ☐ 循環器内科 ☐ 腎臓内科 ☐ 小児科 ☐ 小児外科 ☐ 消化器・肝胆膵外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 整形外科 ☐ 脊椎脊髄外科 ☐ 乳腺外科 ☐ 口腔外科 ☐ 婦人科 ☐ 産科 ☐ 眼科 ☐ 皮膚科 ☐ 形成外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 小児泌尿器科 ☐ 放射線科(脳血管内治療) ☐ 耳鼻いんこう科 ☐ 頭頸部外科 ☐ 脳神経内科 ☐ 麻酔科(ペインクリニック) ☐ 血液・腫瘍内科 ☐ 精神科・心療内科 ☐ 総合診療科			
※希望科にチェックしてください。	※血液・腫瘍内科、腎臓内科、総合診療科については、合わせて血液検査データを送って下さい。 ※色のついている科は完全予約制です。			
ご要望	☐ 希望する担当医 ☐ 希望する日や曜日 ☐ 不都合な日や曜日 希望がない場合は、予約可能な早い日で予約をお取りします。			
紹介目的・主訴・傷病名	当日の緊急受診や緊急入院の申込みは、緊急当番医師が対応させていただきます。代表番号(0742-46-6001)に電話していただき、電話交換に「緊急受診(入院)であることと科名」をお伝えください。			
患者状態	☐ 歩行可 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ 入院中 ☐ 外来通院中 ☐ 貴院で待機中			
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	☐ なし ☐ あり ()



地方独立行政法人 奈良県立病院機構
奈良県総合医療センター
Nara Prefecture General Medical Center

(令和4年9月改訂)