

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		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	
		担当者	

★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	歳	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	☐ あり ☐ なし ID: 電話番号 () -																																				
患者住所	〒																																						
診療希望科	<table border="0"> <tr> <td>☐ 消化器内科</td> <td>☐ 糖尿病・内分泌内科</td> <td>☐ 呼吸器内科</td> <td>☐ 感染症内科</td> </tr> <tr> <td>☐ 循環器内科</td> <td>☐ 腎臓内科</td> <td>☐ 小児科</td> <td>☐ 小児外科</td> </tr> <tr> <td>☐ 消化器・肝胆膵外科</td> <td>☐ 脳神経外科</td> <td>☐ 呼吸器外科</td> <td>☐ 心臓血管外科</td> </tr> <tr> <td>☐ 整形外科</td> <td>☐ 脊椎脊髄外科</td> <td>☐ 乳腺外科</td> <td>☐ 口腔外科</td> </tr> <tr> <td>☐ 婦人科</td> <td>☐ 産科</td> <td>☐ 眼科</td> <td>☐ 皮膚科</td> </tr> <tr> <td>☐ 形成外科</td> <td>☐ 泌尿器科</td> <td>☐ 小児泌尿器科</td> <td>☐ 放射線診断科(脳血管内治療)</td> </tr> <tr> <td>☐ 耳鼻いんこう科</td> <td>☐ 頭頸部外科</td> <td>☐ 脳神経内科</td> <td>☐ 放射線治療科</td> </tr> <tr> <td>☐ 血液・腫瘍内科</td> <td>☐ 精神科・心療内科</td> <td>☐ 総合診療科</td> <td>☐ 麻酔科(ペインクリニック)</td> </tr> <tr> <td>☐ リハビリテーション科</td> <td>☐ 緩和ケア</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			☐ 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	☐ 放射線診断科(脳血管内治療)	☐ 耳鼻いんこう科	☐ 頭頸部外科	☐ 脳神経内科	☐ 放射線治療科	☐ 血液・腫瘍内科	☐ 精神科・心療内科	☐ 総合診療科	☐ 麻酔科(ペインクリニック)	☐ リハビリテーション科	☐ 緩和ケア		
☐ 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	☐ 放射線診断科(脳血管内治療)																																				
☐ 耳鼻いんこう科	☐ 頭頸部外科	☐ 脳神経内科	☐ 放射線治療科																																				
☐ 血液・腫瘍内科	☐ 精神科・心療内科	☐ 総合診療科	☐ 麻酔科(ペインクリニック)																																				
☐ リハビリテーション科	☐ 緩和ケア																																						
※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(もしくは緊急入院)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 ()