

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

申込日： 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9:00~16:00】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 (西暦・大・昭・平・令)	当院の受診歴	
患者氏名		旧姓 ()	年月日 ()歳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
患者住所				ID:	電話番号 - - - 携帯 - - -
診療希望科		<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 消化器・肝胆膵外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <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"/> 脊椎脊髄外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 小児泌尿器科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 頭頸部外科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科			
※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		<input type="checkbox"/> 希望する日や曜日	<input type="checkbox"/> 不都合な日や曜日
紹介目的 ・ 主訴 傷病名		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。 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		<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 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					