

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》		申込日： 年 月 日	
名称		奈良県総合医療センター 地域医療連携室行	
所在地		TEL 0742-46-6001(代) 0742-81-4891(予約専用ダイヤル)	
医師名	担当者	一時入力	
TEL		FAX 0742-46-7666 (地連直通)	
FAX		【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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																
患者氏名	旧姓 ()	年 月 日 () 歳	ID:																																
患者住所	〒 -		電話番号 - - 携帯 - -																																
診療希望科 ※希望科にチェックしてください。	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 消化器内科</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器内科</td> <td><input type="checkbox"/> 感染症内科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 循環器内科</td> <td><input type="checkbox"/> 腎臓内科</td> <td><input type="checkbox"/> 小児科</td> <td><input type="checkbox"/> 小児外科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 消化器・肝胆膵外科</td> <td><input type="checkbox"/> 脳神経外科</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器外科</td> <td><input type="checkbox"/> 心臓血管外科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 整形外科</td> <td><input type="checkbox"/> 脊椎脊髄外科</td> <td><input type="checkbox"/> 乳腺外科</td> <td><input type="checkbox"/> 口腔外科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 婦人科</td> <td><input type="checkbox"/> 産科</td> <td><input type="checkbox"/> 眼科</td> <td><input type="checkbox"/> 皮膚科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 形成外科</td> <td><input type="checkbox"/> 泌尿器科</td> <td><input type="checkbox"/> 小児泌尿器科</td> <td><input type="checkbox"/> 放射線治療科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科</td> <td><input type="checkbox"/> 頭頸部外科</td> <td><input type="checkbox"/> 脳神経内科</td> <td><input type="checkbox"/> リハビリテーション科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科</td> <td><input type="checkbox"/> 精神科</td> <td><input type="checkbox"/> 緩和ケア内科</td> <td></td> </tr> </table>			<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	
<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																																	
※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	<input type="checkbox"/> 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																																			

