

診療情報提供書 兼 診療予約依頼書 (FAX専用)

年 月 日

<<紹介元医療機関>>
 名称
 医師名
 所在地
 TEL
 FAX



奈良県総合医療センター 地域医療連携室

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・令) 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	<table style="width: 100%; border: none;"> <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"/> 消化器・肝胆膵外科</td> </tr> <tr> <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> <td><input type="checkbox"/> 整形外科</td> </tr> <tr> <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> <td><input type="checkbox"/> 婦人科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 産科</td> <td><input type="checkbox"/> 眼科</td> <td><input type="checkbox"/> 皮膚科</td> <td><input type="checkbox"/> 形成外科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 泌尿器科</td> <td><input type="checkbox"/> 脳神経内科</td> <td><input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科</td> <td><input type="checkbox"/> 頭頸部外科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科</td> <td><input type="checkbox"/> 放射線科(脳血管内治療)</td> <td><input type="checkbox"/> 精神科・心療内科</td> <td><input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック)</td> </tr> </table> <p>※血液・腫瘍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。</p>				<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"/> 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"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科	<input type="checkbox"/> 頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 放射線科(脳血管内治療)	<input type="checkbox"/> 精神科・心療内科	<input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック)
<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"/> 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"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科	<input type="checkbox"/> 頭頸部外科																													
<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 放射線科(脳血管内治療)	<input type="checkbox"/> 精神科・心療内科	<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		※ <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			緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	* 当日の緊急は代表番号に直接電話でお問い合わせ下さい																												
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																															
貴院での状況	<input type="checkbox"/> 貴院で待機中 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院後受診(退院日 月 日)																															
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 ()