

市立奈良病院 診療依頼書 (FAX専用 0742-24-1259 直通)

☆下記の患者様の診療をお願いします
 ☆「診療情報提供書」と「持参資料」は
 本人が受診日に持参します。

郵便番号 —
 所在地
 医療機関名
 TEL () —
 FAX () —
 医師氏名

フリガナ 患者氏名		生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生	男・女
患者住所	〒 TEL() —		
公費負担者番号 公費受給者番号	保険者番号 記号・番号 ※ 被保険者との続柄【本人・家族】 (被保険者氏名:) ※ 今までに当院を受診されたことはありますか。 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		
外来診療 依頼	※受診希望領域の□にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 二次性高血圧 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 肝臓領域 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 感染制御内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病領域 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 一般外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科領域 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科領域 <input type="checkbox"/> 乳腺センター <input type="checkbox"/> 一般整形外科 <input type="checkbox"/> 股関節領域 <input type="checkbox"/> 脊椎外科領域 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ領域 <input type="checkbox"/> 四肢外傷センター <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 網膜硝子体センター <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 放射線科 依頼内容 ()		
内視鏡 検査依頼	※ 必要検査にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー 現在服用薬剤名 ()		
放射線 検査依頼	※ 必要検査にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胃・大腸バリウム <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> RI ※手術等の既往歴 ()		
乳癌二次 検診依頼	乳癌一次検診実施機関 (市・町・村) 年 月 日 検査受診		
受診 希望日	(第1希望) 平成 年 月 日 () (第2希望) 平成 年 月 日 () ※専門領域別診療担当一覧表を参考にして下さい。		

※持参資料 X線 CT MRI 内視鏡 超音波 心電図 検査記録

お問い合わせ : 市立奈良病院 地域医療連携室
 直通電話 0742-24-1258 (平日 8:30~17:00 土曜 8:30~12:00)
 FAX 0742-24-1259 (直通・24時間)