

市立奈良病院 診療予約依頼書 (FAX専用 0742-24-1259 地連直通)

・下記内容をご記入いただき、FAXして下さい。調整後、「予約通知書」をFAXいたします。

紹介元情報	医療機関名
	所在地
	診療科・医師名
	担当者名
	電話番号
FAX番号	

※太枠内以外は、添付いただく診療情報提供書に記載していただいている内容に限り、記入を省いていただいて差支えありません。

※予約取得に際して当院医師の確認を要する場合は、当課から回答までに時間を要する旨のご連絡をさせていただきます。

※土曜日および当日の予約受付は行っておりません。

※セカンドオピニオンは、別途お問い合わせください。

患者情報	フリガナ		男・女	生年月日	
	患者氏名			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (歳)
	当院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (診察券ID:)		<input type="checkbox"/> 無	
	患者住所	〒 — —		<input type="checkbox"/> 別添あり	
	電話番号	— —		<input type="checkbox"/> 別添あり	

希望診療科	※希望診療科に☑してください。	
	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <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"/> 血液・腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 (<input type="checkbox"/> 認知症領域) <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 (<input type="checkbox"/> ストーマ外来) <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 脳血管内治療科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 (<input type="checkbox"/> 脊椎外科) <input type="checkbox"/> 四肢外傷センター <input type="checkbox"/> 人工関節センター <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 感染制御内科 <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科 <input checked="" type="checkbox"/> 総合診療科※予約不可	
予約希望日	・ 第一希望 年 月 日 ()	・ <input type="checkbox"/> 希望日なし
	・ 第二希望 年 月 日 ()	・ <input type="checkbox"/> その他 []
	・ 希望医師	・ <input type="checkbox"/> 希望なし
医師		

診療依頼内容	<p>・診療情報提供書と共にFAXお願いいたします。遅れる場合は簡単に紹介内容を記載してください。</p> <p>・「診療情報提供書」「検査データ」等は受診当日に患者さんにお持ちいただけるようご案内ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 別添あり</p>
--------	---

消化器内科内視鏡検査	① <input type="checkbox"/> 上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡 ② 抗凝固、抗血小板薬の内服はありますか？ ⇒ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
放射線科放射線検査	① <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RI (<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA ※条件付きMRI対応ペースメーカー装着者についてはお問い合わせください。 ② <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影 ※造影検査の場合は血清クレアチニン値が必要です。 ③ <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 部位 [] ④ 返書時希望する画像媒体 ⇒ <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム

【お問い合わせ】 市立奈良病院 患者支援センター 地域医療連携課 TEL 0742-24-1258 / FAX 0742-24-1259

【申込受付時間】 平日 8:30~19:00 / 土曜 8:30~12:30

受付時間外のFAXは翌日(休日明け)のお取り扱いとなります。