

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	※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。
	所在地	
	診療科・医師名	
	担当者名	
	電話番号	
	FAX番号	

患者情報	フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日
	患者氏名			☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 (歳)
	当院の受診歴	☐ 有 (診察券ID:) ・ ☐ 無		
	患者住所	〒 — □別添あり		
	電話番号	— — □別添あり		

希望診療科	※希望診療科に☑してください。	
	☐ 呼吸器内科 ☐ 循環器内科 (☐ 冠動脈疾患 ・ ☐ 二次性高血圧) ☐ 消化器内科 (☐ 肝臓領域) ☐ 血液・腫瘍内科 ☐ 糖尿病・内分泌内科 ☐ 腎臓内科 ☐ 脳神経内科 (☐ 認知症領域) ☐ 消化器外科 (☐ ストーマ外来) ☐ 脳神経外科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 乳腺外科 (医師指定不可) ☐ 整形外科 (☐ 脊椎外科) ☐ 四肢外傷センター ☐ 人工関節センター ☐ 形成外科 ☐ 小児科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 産婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻いんこう科 ☐ 放射線科 ☐ 感染制御内科 ☐ リウマチ・膠原病内科 ☒ 総合診療科※予約不可	
予約希望日	・ 第一希望 年 月 日 ()	・ ☐ 希望日なし
	・ 第二希望 年 月 日 ()	・ ☐ その他 []
	・ 希望医師	・ ☐ 希望なし
医師		

診療依頼内容	・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。 ・「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。 ☐別添あり
消化器内科 内視鏡検査	① ☐上部内視鏡 ※鎮静希望、医師指定の場合は、診察予約になります。 ☐下部内視鏡 ② 抗凝固、抗血小板薬の内服はありますか？ ⇒ ☐あり ☐なし
放射線科 放射線検査	① ☐CT ☐RI(骨シンチ ☐脳血流) ☐MRI ☐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 ☐単純 ☐造影 ☐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 ☐左 ☐右 部位 [] ④ 返書時希望する画像媒体 ⇒ ☐CD-R ☐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。

2022.5改版