

奈良県西和医療センター診療予約申込書(FAX専用)

紹介先: 奈良県西和医療センター

紹介元医療機関

所在地
医療機関名
医師氏名
TEL
FAX

★受診当日には診療情報提供書をご持参いただきますようお願い致します。

診療依頼目的	診察の参考にするため、診療情報提供書をFAXいただくか、下記に症状等を記入ください										
希望受診科	<input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器・糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 感染制御内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科										<input type="checkbox"/> 連携栄養指導 <input type="checkbox"/> 胃ろう交換 <input type="checkbox"/> 上部内視鏡(経口) <input type="checkbox"/> 上部内視鏡(経鼻) 鎮痛・鎮静剤使用の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 下部内視鏡 下剤の処方 <input type="checkbox"/> 自院* <input type="checkbox"/> 西和医療センター 鎮痛・鎮静剤使用の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	受診の内容	希望診察日 :1) 平成 年 月 日 () :2) 平成 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 至急診察希望(当日受診希望の場合は希望外来に直接お問い合わせください) <input type="checkbox"/> 上記希望日時で予約が取れない場合は電話連絡を希望 <input type="checkbox"/> 特に希望日時ではないが、出来るだけ早い日を希望 希望医師 _____ 医師									
患者情報	フリガナ _____					西和医療センターの診察券 (旧 三室病院) <input type="checkbox"/> ある ID _____ <input type="checkbox"/> なし					
	氏名 _____ 性別 男・女										
生年月日 M・T・S・H 年 月 日生(歳)											
住所 〒 _____											
患者連絡先 自宅 _____ 携帯 _____											
FAX _____ <input type="checkbox"/> 診察日通知;患者へFAX											
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			酸素	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						

* 内視鏡検査依頼時、貴院で下剤を処方する場合は、プルセニド3錠3日間とムーベンを処方ください。
 当院より予約通知送信しました後に予約日時の変更等、連絡事項が生じた場合は、患者様に電話連絡させていただきますので、確実に連絡のつく連絡先をご記入ください。

*栄養指導を希望の場合は、診療依頼目的欄に病名と指導栄養量(ある場合)を記入ください。