

奈良県西和医療センター診療・検査予約申込書(FAX専用)

紹介先： 奈良県西和医療センター

紹介元医療機関

★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。

所在地
医療機関名
医師氏名
TEL
FAX

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"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 (下部内視鏡検査目的) <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <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"/> 脊椎・脊髄外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科									
	一般内科 の場合は初診外来の対応になります。事前予約の必要はありません。									
受診の内容	希望診察日：1) 年 月 日() :2) 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 _____ 氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 T・S・H・R 年 月 日生(歳) 住所 〒 _____							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		
	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		

※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。**

奈良県西和医療センター 地域医療連携室 月～金(9:00～17:00)

TEL 0745-32-0505 (内線2120) FAX 0745-31-1354(直通)