依頼日　　年　　月　　日

奈良県西和医療センター診療・検査予約申込書（FAX専用）

紹介元医療機関

所 在 地
医療機関名
医 師 氏 名
Ｔ Ｅ Ｌ
Ｆ Ａ Ｘ

★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

☐ 腎臓内科　☐ 循環器内科　☐ 呼吸器内科　☐ 消化器内科　☐ 糖尿病内科　☐ 脳神経内科　☐ 腫瘍内科　☐ 感染症内科・総合内科　☐ 小児科　☐ 外科　☐ 整形外科　☐ 脳神経外科　☐ 心臓血管外科　☐ 呼吸器外科　☐ 皮膚科　☐ 形成外科　☐ 泌尿器科　☐ 産婦人科　☐ 眼科　☐ 耳鼻咽喉科　☐ 乳腺外科　☐ 緩和ケア外来

一般内科 の場合は初診外来の対応になります　事前予約はできません

希望医師　　医師

☐ 連携栄養指導（※）
☐ 胃ろう交換
☐ 上部内視鏡（経口）
☐ 上部内視鏡（経鼻）
鎮痛・鎮静剤使用の有無
☐ 有り　☐無し
☐ 心エコー

受診日

☐ 希望日（　　）

☐ 不可日（　　）

☐ いつでも可

●予約可能な最も早い日で予約をお取りします
●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
●当日の診療予約はできません

患者情報

フリガナ

氏　名　　性別　男・女

西和医療センターの受診歴
（旧　三室病院）
☐　ある
ID
☐　なし

生年月日　T・S・H・R　　年　　月　　日生（　　歳）

住所　〒

患者連絡先　自宅　　－　　－　　携帯　　－　　－

● 確実に連絡のつく連絡先をご記入ください

ADL	☐独歩　☐車いす　☐ストレッチャー

※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
受付時間：9：00～17：00（土・日・祝日は除く）
TEL　0745-32-0505　（内線2120）
FAX　0745-31-1354（直通）

2026.6 更新