

予約専用FAX番号:0744-23-9901

初診紹介患者予約診療用

診療情報提供書(兼)初診予約診療登録票

受付時間:8:30~16:00(土・日・祝日は除く)

※FAX受信は24時間対応です

平成 年 月 日

公立大学法人

医療機関名

奈良県立医科大学附属病院

〒

担当医

科

所在地

様

医師氏名

印

電話番号

FAX番号

(予約票送信先)

※送信先FAX番号が確認できない場合は、予約票の送信ができません

※診療科は下記の*診療科をご参考ください

診察希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可	<input type="checkbox"/> ご都合の悪い日()
	※予約可能な最も早い日で予約をお取りします(申込み当日の受診は予約できません)	

太枠内は、もれなくご記入ください

フリガナ		性別		生	年	月	日
氏名	様	()		年	月	日生	(歳)
住所	〒	-		入院中(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	奈良県						
電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-	

紹介目的		傷病名 (主訴)	
------	--	-------------	--

※その場で、紹介内容をご記入できない場合は、□部分に☑チェックして送信してください

□紹介内容は診察予約日の2~3日前までに送信します

紹介内容 既往歴・家族歴・症状経過・検査結果・治療結果他(薬物アレルギーの有無等)	現在の処方
<p>今後の治療方針について☑をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>治療方針の決定及び硝子体注射を貴院で実施していただき、その後の診察は当院で行います。</p> <p><input type="checkbox"/>病態が安定するまで貴院で診察していただき、その後当院にて経過観察します。</p> <p><input type="checkbox"/>今後の治療は貴院でお願いします。</p>	

- 備考
1. 必要に応じ紹介内容を別紙に記載して添付してください
 2. 必要に応じ画像診断、検査の結果等を添付してください
 3. この用紙は初診紹介患者予約診療の患者さんのみにご利用ください(※セカンドオピニオンは予約申し込みが別になっています)

* 診療科

01循環器・腎臓・代謝内科 02呼吸器・アレルギー・血液内科 03消化器・内分泌代謝内科 04神経内科 05消化器外科・小児外科
06脳神経外科 07心臓血管外科 08整形外科 09歯科口腔外科 10産婦人科 11小児科 12眼科 13耳鼻咽喉科・甲状腺外科
14皮膚科 15泌尿器科 16精神科 17放射線科 18放射線治療・核医学科 19麻酔科 21総合診療科 22感染制御内科 24呼吸器外科
34緩和ケアセンター 35化学療法外来 36リウマチセンター 37乳腺外科 38糖尿病センター 39形成外科 41先天性心疾患センター

奈良県立医科大学附属病院 地域医療連携室 予約専用FAX0744-23-9901

電話0744-22-3051(内線3151、3154)直通電話0744-29-8022