

診療情報提供書(兼)予約申込書

受付時間: 9:00~16:00(土・日・祝日は除く) ※FAXは常時受信しています

南和広域医療企業団

令和 年 月 日

南奈良総合医療センター

医療機関名

消化器内科

〒 -

担当医

所在地

医師氏名

電話番号

- -

FAX番号
(返信送付先)

- -

※FAX番号が確認できない場合は、予約票の送信ができないことがあります
担当者名 部署

診察希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <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)
-------	---

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	年 月 日生 (歳)
住所	〒 -	入院中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
電話番号	自宅 - -	携帯	- -

希望検査	経口 ・ 経鼻 (どちらかを選択ください。)
------	------------------------

※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) ※ピロリ菌の除菌歴、抗凝固薬、糖尿病治療薬の服用、アレルギーや腎機能障害の既往についても、ご記載ください。	現在の処方
<input type="checkbox"/> 別途紹介状ありの場合はチェックしてください。	