

【B】
患者さんからの
電話予約用

紹介診療予約票

～紹介状（診療情報提供書）をお持ちの患者さん専用～

ご紹介元の先生へ

下記にご記入のうえ、患者さんにお渡しください。

ご紹介元医療機関名

受診する診療科に○印をお付けください。（内科・外科は専門をご指定ください）

| | | | | |
|---|------|------|-------|--------|
| 【内科】（消化器・糖尿病・総合診療科・呼吸器・循環器） （感染症・腎臓内科・内分泌・物忘れ外来・脳神経内科） | | | | |
| 【外科】（肝/胆/膵・食道/胃・一般外科・乳腺・大腸） | | | | |
| 【整形】（整形外科・リウマチ） | | | | |
| 小児科 | 眼科 | 精神科 | 脳神経外科 | 歯科口腔外科 |
| 皮膚科 | 産婦人科 | 泌尿器科 | 耳鼻咽喉科 | |

*該当する項目にチェックを入れてください。

- 指定医なし
- 指定医あり

科 先生

*上記診療科の医師の指定がある場合は、
紹介状（診療情報提供書）と同一の医師名をご記入ください。
*一部診療科において、従来通りFAXで受付しております。

問合せ先

南和広域医療企業団
南奈良総合医療センター 地域医療連携室
（直通電話） 0747-54-5072

患者さんからの
電話予約用

患者さんへ

お電話の前にお手元にご用意ください：この予約票・紹介状（診療情報提供書）

予約時の確認・連絡事項

患者さんのお名前・生年月日・性別・住所・電話番号を確認させていただきます。
紹介診療予約票に記載のあるご紹介元医療機関名と、○印が付いている受診する
診療科をお聞かせください。（担当医から医師の指定がある場合はお知らせください）

*患者さんで医師の指定をする事はできません。

*予約取得に際し医師の確認を要する診療科については回答までに時間を要する場合があります。

紹介患者電話予約専用ダイヤル

電話 0747－ 54－ 5079

予約受付時間：平日 午前8時半～午後4時

| | |
|------|-----------------------------|
| 患者名 | _____ 様 |
| 予約日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 () |
| 予約時間 | _____ 時 _____ 分 |

*電話予約時にお伝えする予約日時を患者さんご自身で記入ください。

ご連絡事項

診察当日は下記をご持参のうえ

②番受付までお越しください。

1. 紹介診療予約票（本紙）
2. 紹介状（診療情報提供書）
3. 健康保険証
4. 診察券（受診されたことがある場合のみ）

*予約時間につきましては、
診療等の進捗状況により待ち時間が
発生する場合がございますので
あらかじめご了承ください。

1階見取り図



南和広域医療企業団
南奈良総合医療センター 地域医療連携室