予約専用FAX番号:0747-54-5074

診療情報提供書(兼)予約申込書

紹介患者予約診療用

受付時間:9:00～16:00(土・日・祝日は除く)　※FAX受信は24時間対応です

年　月　日

南和広域医療企業団
南奈良総合医療センター

診療科 ＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※診療科は下記の＊診療科をご参考ください

医療機関名

〒　－
所在地

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、予約票の送信ができないことがあります

診察希望日	□ いつでも可　□ 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	(　)	(　歳)
住　所	〒		入院中(□有　□無)
電話番号	自宅	携帯	－　－

※担当医の都合等により日時の変更をお願いさせていただく場合がありますのでご了承お願いいたします。

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(薬物ｱﾚﾙｷﾞｰの有無等)	現在の処方
□ 別途紹介状ありの場合はチェックしてください。	

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

＊診療科
総合診療科　循環器内科　糖尿病内科　内分泌代謝内科　呼吸器内科　消化器内科　感染症内科　腎臓内科　脳神経内科　小児科
精神科　外科　脳神経外科　整形外科　救急科　皮膚科　泌尿器科　眼科　耳鼻咽喉科　産婦人科　歯科口腔外科　放射線科

南奈良総合医療センター　地域医療連携室　予約専用FAX0747-54-5074　直通電話0747-54-5072