

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

総合診療科/へき地医療支援センター

〒 -

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

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	〒 -				
電話番号	自宅	- -	携帯	- -	

希望検査	心臓・腹部・頸部・血管(頸動脈/下肢静脈/下肢動脈)・表在/その他* (*乳腺を除く)
------	--

※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 (主訴、依頼目的)

質の高い検査実施のため、検査目的/部位/背景など、詳細な記載をお願いします
同時に複数部位の予約は出来ません。また検査によっては曜日や時間が限定されます

□ 別途紹介状ありの場合はチェックしてください。