

予約専用FAX番号:0744-23-9901  
診療情報提供書(兼)初診予約診療登録票

初診紹介患者予約診療用

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

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

※診療科は下記の\*診療科をご参考ください

電話番号

-

-

担当者

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ないことがあります

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 ( 歳)
			生		
住 所	〒 - 奈良県		当院受診歴(有 ID: 無 不明 )		
電話番号	自宅	-	携帯	-	-
身長		体重		BMI	

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

貴院での状況	<input type="checkbox"/> 貴院待機中 (患者さんがお待ちの場合は☑してください)	<input type="checkbox"/> 帰宅	<input type="checkbox"/> 入院中	(退院予定: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
--------	--	-----------------------------	------------------------------	---

※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

- 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循環器内科 02呼吸器・アレルギー内科 03消化器・代謝内科 04脳神経内科 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・頭頸部外科 14皮膚科 15泌尿器科  
16精神科 17放射線・核医学科 18放射線治療科 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腫瘍内科 36リウマチ外来 37乳腺外科 38糖尿病・内分泌内科 39形成外科 45四肢外傷センター 46めまいセンター 47腎臓内科 48血液内科