

依頼日 年 月 日

# 阪奈中央病院 診療予約依頼書 (FAX専用 0743-74-8649 直通)

|       |         |   |                       |  |
|-------|---------|---|-----------------------|--|
| 紹介元情報 | 医療機関名   | ➔ | <b>阪奈中央病院 地域医療連携室</b> |  |
|       | 所在地     |   | TEL 0743-74-8650(直通)  |  |
|       | 診療科・医師名 |   | FAX 0743-74-8649(直通)  |  |
|       | 担当者名    |   | 受付時間 平日 9:00~17:00    |  |
|       | 電話番号    |   | 土曜日 9:00~13:00        |  |
| FAX番号 |         |   |                       |  |

以下に必要事項をご記入のうえFAXをお願いします。調整後、「予約通知書」をFAXいたします。

|       |        |  |     |  |  |
|-------|--------|--|-----|--|--|
| 患者様情報 | フリガナ   |  | 男・女 | 生年月日   |  |
|       | 氏名     |  |     | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 ( 歳 ) |  |
|       | 当院の受診歴 | <input type="checkbox"/> 有 (診察券ID: _____) ・ <input type="checkbox"/> 無 |     |  |  |
|       | 住所*    | 〒 _____  |     |  |  |
| 電話番号* | _____  |  |     |  |  |

|       |                              |                                |  |                                |  |
|-------|------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 希望診療科 | ※希望診療科に☑してください。              |                                |  |                                |  |
|       | <input type="checkbox"/> 内科  | <input type="checkbox"/> 循環器内科 | <input type="checkbox"/> 消化器内科   | <input type="checkbox"/> 脳神経内科 | <input type="checkbox"/> 漢方内科                              |
|       | <input type="checkbox"/> 外科  | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 ( <input type="checkbox"/> 脊椎・ <input type="checkbox"/> 股関節・ <input type="checkbox"/> 小児整形 ) |                                | <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 手・肘    |
|       | <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科  | <input type="checkbox"/> 皮膚科   | <input type="checkbox"/> 眼科    | <input type="checkbox"/> 歯科・ <input type="checkbox"/> 口腔外科 |

|        |                  |                                    |
|--------|------------------|------------------------------------|
| 希望日・医師 | ・ 第1希望 年 月 日 ( ) | ・ <input type="checkbox"/> 希望日なし   |
|        | ・ 第2希望 年 月 日 ( ) | ・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|        | ・ 希望医師 _____ 医師  | ・ <input type="checkbox"/> 希望なし    |

|         |  |
|---------|--|
| 診療依頼内容* |  |
|---------|--|

|          |  |
|----------|--|
| 放射線科検査依頼 | ① <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA  |
|          | ② <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影 |
|          | ③ 部位 ( )   |

\* 印の項目については、診療情報提供書に記載があり、本書式と併せてFAXいただければ記載不要です。