

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	➔	阪奈中央病院 地域医療連携室	
	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	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・股関節・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・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。