**平成記念病院 初診紹介患者予約診療依頼書（ＦＡＸ専用）**

\*業務の都合によりすぐに対応できない場合がある為、ＦＡＸ専用でお願いいたします。

令和　　年　　月　　日

**ＦＡＸ番号：０７４４－２９－３３９５（地域医療連携室）**

電話番号：

担当：

FAX番号：

所在地：〒

医師氏名：

医療機関名：

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼診療科 | **※依頼診療科にチェックしてください。** |
| [ ]  呼吸器内科 | [ ]  消化器内科 | [ ]  その他の内科 |
| [ ]  消化器・乳腺外科乳腺外科外 科 | [ ]  脳神経外科 | [ ]  整形外科 |
| [ ]  脳神経内科 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　紹介患者情報 | フリガナ： | 生年月日（和暦） | 年齢 | 性別 |
| 患者氏名： |  |  | [ ] 男[ ] 女 |
| 住所 〒 | TEL |
| 当院受診歴　[ ] 　有　[ ] 　無　　　　　☑受診歴の有無をチェックして下さい。 |
| 紹介目的 |
| 入院中　[ ] 　　　　　　　　入院中の患者様の場合は、☑チェックして下さい。 |

＊予約診療の際には**診療情報提供書**が必要になります。

＊ご不明な点はお問い合わせ下さい。

平成記念病院　地域医療連携室

〒634-0813 奈良県橿原市四条町827番地

ＦＡＸ （0744）29-3395

　　　 ＴＥＬ （0744）29-3300（代表)