

独立行政法人 地域医療機能推進機構 **大和郡山病院・診療予約依頼書**

<b>紹介元医療機関</b>
名称
医師名
所在地
TEL
FAX

平成 年 月 日

(フリガナ) 患者氏名			生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日	男・女
患者住所	〒 TEL ( ) -			
保険者番号			公費負担者番号	
記号	番号		公費受給者番号	
・被保険者との続柄：本人・家族（被保険者氏名：） ・奈良社会保険病院受診歴： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し				
受診希望科	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病代謝内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 血液免疫内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 放射線診断科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 * 受診希望科の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> (チェック) してください。			
紹介内容	* <input type="checkbox"/> 別紙 (診療情報提供書) 参照			
要望事項				

☆診療予約は「診療予約依頼書」, 「診療情報提供書 (紹介状)」をFAX送信又は、お電話にてご依頼ください。  
**【お問い合わせ先】**  
 独立行政法人 地域医療機能推進機構 **大和郡山病院 地域連携室・総合カウンター**  
 TEL (代表) : 0743 (53) 1111 (内線: 2581)  
 TEL (直通) : 0743 (53) 1115  
 FAX (直通) : 0743 (53) 1574