近 畿 大 学 奈 良 病 院
診 療 予 約 申 込 書

予約専用FAX番号：0743-77-0902

患者支援センター　行

申込日：　令和　　年　　月　　日

診 療 科 ：

希 望 医 師 ：

診療情報提供書（紹介状）を添付のうえ、ＦＡＸをお願いいたします。

«紹介元医療機関»	
名　称	
所 在 地	
ＴＥＬ	
ＦＡＸ	
医 師 名	
担 当 者	

受 診 希 望 日	第１希望　年　月　日　曜日			受診希望日が無い場合 いずれかに✓
	第２希望　年　月　日　曜日			予約可能な最短日を希望 ☐ 特に希望なし ☐
都合の悪い日				
フ リ ガ ナ		性別	生年月日	
患 者 氏 名		男・女	大・昭 平・令　年　月　日　歳	
患 者 住 所	〒　-			
連　絡　先	自宅:	携帯:		
当 院 受 診 歴	有 ☐　ID番号(　　)　／　無 ☐　／　不明 ☐			
患 者 の 状 態	歩行可 ☐ ／ 車いす ☐ ／ ストレッチャー ☐ ／ 退院後受診 ☐（退院日　　）			
現 在 の 状 況	貴院待機中 ☐　／　院外 ☐　／　入院中 ☐	日本語対応	可 ☐　／　不可 ☐	
当 院 へ の 連 絡 事 項				

近畿大学奈良病院　患者支援センター
TEL：0743-77-0880（代）／ FAX：0743-77-0902（直通）／ 受付時間：平日9時~17時　土曜9時~12時
受付時間外のFAX受信は、翌営業日の返事となりますのでご了承ください。

2024年8月改訂