

診療予約申込書 (医療機関専用)

予約専用FAX番号 : 0743-77-0902

近畿大学奈良病院

申込日

年 月 日

患者支援センター 行

TEL (0743) 77-0880



《紹介元医療機関》

名称

所在地

TEL

FAX

医師名

担当者

診療科 :

希望医師 :

受診希望	第1希望日	年	月	日	曜日	時頃
	第2希望日	年	月	日	曜日	時頃
上記以外の受診希望	緊急 <input type="checkbox"/>	1w以内 <input type="checkbox"/>	2w以内 <input type="checkbox"/>	1ヵ月以内 <input type="checkbox"/>		
都合の悪い日時						
フリガナ				性別	生年月日	
患者氏名	男・女			大・昭 平・令	年	月 日 歳
健康保険証	記号	番号	公費			
自己負担割合	1割 <input type="checkbox"/>	2割 <input type="checkbox"/>	3割 <input type="checkbox"/>	本人・家族	当院受診歴 有・無	当院ID
患者住所	〒 -					
連絡先	TEL			携帯		
患者状態	歩行可 <input type="checkbox"/>	車いす <input type="checkbox"/>	ストレッチャー <input type="checkbox"/>	退院後受診 (退院日) <input type="checkbox"/>		
貴院での状況	貴院で待機中 <input type="checkbox"/>	院外 <input type="checkbox"/>	入院中 <input type="checkbox"/>	日本語対応 可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>	

主訴・傷病名						
受診・検査目的					処方	

※診療情報提供書添付の場合、受診・検査目的は空白でも構いません。