社会福祉法人恩賜財団済生会奈良病院診察予約依頼書ＦＡＸ用紙

地域連携室　　ＦＡＸ：0742－36－1870
ＴＥＬ：0742－36－1881（代表）

依頼日　　年　　月　　日

紹介元医療機関
名称
所在地
TEL
FAX
医師名
担当者

※診療情報提供書と共にFAX送信をお願いします。

受診目的	☐ 外来	☐ 入院
受診希望科		
☐ 内科	☐ 外科	☐ 眼科
☐ 呼吸器内科	☐ 整形外科	☐ 耳鼻咽喉科
☐ 循環器内科	☐ 皮膚科	☐ 放射線科
☐ 神経内科	☐ 泌尿器科	
☐ 小児科	☐ 婦人科	
希望医師	医師	

患者情報　（診療情報提供書（原本）・健康保険証等・お薬手帳を必ず当日ご持参いただくようお願いします）

フリガナ		男・女	生年月日　大・昭・平・令
患者氏名 保険証と同様に	様		年　月　日（　）歳
当院受診歴	☐ 有　患者ID：　☐ 無　☐ 不明		
住所	〒	電話	自宅　―　―
			携帯　―　―

保険情報　（保険証の写しの添付をお願いします。なければ必ず以下の欄の記載をお願いします）

保険者番号		記号・番号	●
被保険者	本人・家族　（被保険者氏名　）	負担割合	割
資格取得	年　月　日	有効期限	年　月　日
公費番号		受給者番号	
資格取得	年　月　日	有効期限	年　月　日
健康保険限度額適用認定証	☐ 有　☐ 無		
適用区分		有効期限	年　月　日

【その他連絡事項等】

まずは地域連携室に電話をお願いします。

済生会奈良病院記載欄　　月　日　対応者（　）

初診　・　再診	ＩＤ		☐
診療科　科	担当医　医師		☐
入院日　月　日（　）　時　分	入院病棟　階		☐
その他備考			