

# 外来診療予約依頼書（脳神経内科）

**※ お電話をいただいた上でFAXをお願いいたします。**

紹介元 医療機関	
医師名	
所在地	
電話番号	— —
FAX番号	— —

申込受付時間	平日 9:00~17:00
	土曜 9:00~13:00
医療法人拓生会 奈良西部病院 地域連携室	
<b>【直通TEL】 0742-77-2259</b>	
<b>【直通FAX】 0742-51-8722</b>	

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 — —		
電話番号	【自宅】 — —	【携帯】	— —
当院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (診察券ID: ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
保険者番号		記号・番号	.
被保険者名		負担割合	割
公費負担番号		受給者番号	
保険適応外	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※来院時に保険証・公費受給者証の確認が必要です。ご持参いただくようお願いいたします。

希望診療科	脳神経内科	希望医師	
予約希望日	第1: 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 希望日なし 第2: 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> その他		
傷病名 (主訴)			
診療依頼 内 容	※診療情報提供書と共にFAXをお願いいたします。 「診療情報提供書」「検査データ」「画像」等は受診当日に持参いただくようご案内ください。		
患者状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 貴院で待機中 <input type="checkbox"/> その他 ( )		