

独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター外来診療予約依頼書(FAX専用)

令和 年 月 日

予約申し込み先FAX番号 : 0742-45-4901 (地域医療連携室直通)

紹介元医療機関

医療機関名			
郵便番号			
住所			
TEL	()	-	
担当医師		科	医師
FAX番号 (予約票送信先)	()	-	ご担当名

☆予約申し込みの際はFAXにて、必ず
本状と『診療情報提供書』
をご一緒に送信ください。

患者様情報

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	性別
患者氏名		年	月 日 歳	男・女
患者住所	〒 -			
	TEL			
	FAX			
	携帯			
当院 (奈良医療センター)に受診歴 <input type="checkbox"/> ある (ID:) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明				
現在貴院に <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中				
希望受診科 : 科				
希望医師名 : 医師				
受診希望日 : ①令和 年 月 日() ②令和 年 月 日()				
その他受診日に関するご要望【 】				

〒630-8053	
奈良県奈良市七条2丁目789番地	
独立行政法人 国立病院機構	
奈良医療センター	地域医療連携室 月～金(8:30～17:00)
TEL : 0742-45-4591 (代表)	TEL : 0742-45-1563 (直通)
	FAX : 0742-45-4901 (直通)