

紹介患者様事前予約申込FAX用紙

年 月 日

送信先▶ 京都市立病院 地域医療連携室 FAX (075) 311-9862(専用)

受付時間▶ 平日/8:30~20:00(木曜日は17:00まで)、土曜日/8:30~12:00
事前予約医療機関専用電話 TEL (075) 311-6348

▶ 受診希望日

第1希望	月	日()
第2希望	月	日()
第3希望	月	日()
<input type="checkbox"/> 希望なし		

▶ 紹介元医療機関

所在地
名称
医師名
TEL
FAX

▶ 受診予約

<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 膠原病内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 内分泌内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病代謝内科	<input type="checkbox"/> 感染症科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 精神神経科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア科	<input type="checkbox"/> フットケア	<input type="checkbox"/> 栄養相談
希望医師▶ <input type="checkbox"/> 有 → 医師名 _____ <input type="checkbox"/> 無																【 <input type="checkbox"/> 予約不可の場合は他の医師でも可】														

▶ 患者情報

※市立病院のIDをお持ちの方は患者番号を記入してください。

市立病院・京北病院 受診歴		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	市立病院・京北病院 患者番号			
ふりがな		旧姓	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令
氏名					年月日()	歳)
住所	〒 -		電話番号()			-

【ご紹介目的、病名、症状等をご記入ください】

診療情報提供書を添付の場合はチェックしてください。

入院中に外来受診される場合 ▶ 入院中の受診
パノラマ・フィルムの持参 ▶ 有 無
妊娠中の方 ▶ 母子手帳【有 無】 初期検査【済 未】 出産予定日【 月 日】

▶ 保険情報

※保険証の写しをFAXしていただければ記入は不要です。

被保険者証	保険者番号		公費負担医療受給者証	負担者番号	
	記号・番号			受給者番号	
	被保険者氏名			有効期限	年 月 日~
	続柄	本人・家族			負担割合