

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 地域連携室 FAX (075) 311-9862(専用)

受付時間▶平日のみ／8:30～19:00(木曜日は17:00まで)
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()
☐ 希望なし		

▶紹介元医療機関

所在地
名称
診療科
医師名
TEL
FAX

▶受診予約

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

▶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		☐ 有 ☐ 無 ☐ 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 年 月 日 (歳)
氏 名						
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～ 年 月 日
	続柄	本人・家族	負担割合	1割・2割・3割		