

紹介患者様診察申込票（予約）

年 月 日

*FAX番号の前に186をお付けください

京都第一赤十字病院 地域連携室 あて

FAX:(075)533-1282(24時間対応)

☎ 平日 [8:30~17:00] : 地域医療連携室 直通 (075) 533-1280

その他 [休日・時間外] : 時間外 病院代表電話 (075) 533-1313 (事務当直)

◆紹介元医療機関情報

医療機関名 : _____ 医師名 : _____ 先生

FAX番号 : _____ 電話番号 : _____

◎希望日 : ① 年 月 日 () ② 年 月 日 ()

◆診療科 ◆希望医師() ※小児科 特殊外来: 心臓 腎臓 代謝 神経

▲印: 完全予約制の診療科	<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> リウマチ内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経・脳卒中科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> ※小児科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 出生前診断	<input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 出生前診断	<input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 肝胆脾外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科・腎不全科	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
---------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---	-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---	---	--	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------

◆検査予約 *ペースメーカーまたは口腔内・体内金属 あり なし

CT MR 単純 造影 部位 []

結果通知方法 所見のみ CD-R・所見 フィilm・所見

検査数値 BUN() eGFR() Cr()

(造影剤使用希望時のみ)採血日実施日:

胃カメラ

心臓超音波

腹部超音波

下肢エコー(心臓血管外科のみ)

◆紹介目的(傷病名・症状等)

【必須】

【 外来通院中 入院中 】

◆ 駐車場確保 要 不要

◆ 持参資料

CD-R持参 有・無

持参資料内容チェック欄

X線 CT MR 超音波

血液 尿検査 心電図

◆患者情報

フリガナ	[姓] [名]	性別	生年月日 [明・大・昭・平・令]
患者氏名	(旧姓)	男・女	年 月 日生
住所	〒 - 電話()-()-()		

◆当院の受診

有・無

☛当院の診察券をお持ちの方は
番号をご記入ください

◆保険区分 健康保険(本人・ 家族) 国保 退職医療 後期高齢 生保 労災

◎保険証・カルテコピーでも可 保険番号

記号

番号

◎第一赤十字あて紹介状をお持ちでない場合は7,700円いただく事があります。

◎診察予約日までに紹介状(控え)をFAX送信お願い致します