紹介患者様診察申込票（予約）

平成　　年　　月　　日

※非通知設定されてる場合は前に１８６をお付け下さい

京都第一赤十字病院　地域医療連携室あて

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）５６１－４９６１（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 平成　　年　　月　　日（　）　② 平成　　年　　月　　日（　）

▼ 診療科　▼ 希望医師（　　）　→ 小児科 特殊外来 ： □ 心臓　□ 腎臓　□代謝

□ 総合内科	□ リウマチ内科	□ 糖尿病・内分泌内科	消化器内科 □ 一般	消化器内科 □ 肝臓	□ 血液内科	□ 呼吸器内科	□ 脳神経・脳卒中科	□ 循環器内科	□ 心療内科	□ 小児科	産婦人科 □ 一般	産婦人科 □ 産科	産婦人科 □ 出生前診断	□ 外科	□ 乳腺外科	□ 呼吸器外科	□ 小児外科	□ 形成外科	□ 心臓血管外科	□ 脳神経外科	□ 整形外科	□ 耳鼻咽喉科	□ 眼科	□ 皮膚科	□ 泌尿器科	□ 腎臓内科・腎不全科	□ 歯科口腔外科	□ 放射線治療科

▼ 検査予約

□ CT　□ MR	□ 単純　□ 造影	部位〔　　〕
結 果 通 知 方 法	□ 所見のみ □CD-R・所見 □フィルム・所見	
検査数値（造影使用希望のみ）	ＢＵＮ（　）ｅＧＦＲ（　）Ｃｒ（　） 採血実施日 ：	

□ 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）

▼ 駐車場確保 □要　□不要

▼ 持参資料（□ＣＤ-Ｒ持参）

□X線　□CT　□MR　□超音波
□血液　□尿検査　□心電図

▼ 紹介目的（傷病名、症状 等）※ 未記載の場合、お問い合わせさせていただきます。

▼患者情報

フリガナ	（姓）	（名）	性 別	生年月日（ 明・大・昭・平 ）	旧姓
患者氏名			男・女	年　月　日生	
住　所	〒　－ 電話（　）－（　）－（　）				

患者番号　　← 当院の診察券をお持ちの方は番号をご記入ください。

〔 □ 外来通院中　□ 入院中 〕

▼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

保険番号									記号		番号	

◎保険証又はカルテコピーでも可