

診 察 申 込 票

京都第一赤十字病院
地域医療連携室受付時間 : 午前8時30分～午後5時 FAX 075-533-1282
(平日 月～金曜日)

上記時間帯以外のみ FAX 075-541-9552

下記のとおり紹介致しますので、手続きをよろしくお願ひします。

医療機関名 : _____ 医院・診療所・病院

医師名 : _____ 先生

FAX番号: _____ 電話番号: _____

受診希望日	平成 年 月 日 (曜日)	
受診診療科 (○印を付けてください)	希望医師 (医師)	
総合内科 リウマチ科 内分泌科 糖尿病科 血液内科 呼吸器科 神経内科 消化器内科 循環器科 心療内科 小児科 産婦人科 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 腎内・腎不全科 歯科口腔外科		
★検査予約 (○印を付けてください) ※造影の判断を当院に任せていただく場合、「単・造」のチェックは不要です。		
CT	単・造	部位 頭・胸・腰 他 ()
MR	単・造	部位 頭・胸・腰 他 ()
結果通知方法	※CD-Rは、1週間ほどかかります。 □所見のみ □フィルム・所見 □CD-R・所見	

傷病名(必須)	紹介目的
	★セカンドオピニオンの場合は、直接電話願ひます。

★患者様が、すでに当院での受診歴のある方で、診察券をお持ちの場合は、当院ID番号を記入してください。

受診歴【有・無】 _____ 患者様は
(外来通院中 / 入院中)

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	
住所	〒 _____				
電話	()-()-()				

被保険証情報 : 記入省略化の為、保険証又はカルテのコピーを同時にFAX可。受診当日は保険証要

保険者番号					公費				
記号	番号								
被保険者氏名	続柄				公費交付年月日	昭・平 年 月 日			
資格・交付	昭・平 年 月 日		負担割合		0・1・2・3・10割				
有効期間	平成 年 月 日								

☆FAX受信後、折り返し「受付確認票」と「診察予約票」をFAX送信させていただきます。

お問合せ: 時間内TEL075-533-1280(地域医療連携課直通) 時間外TEL075-561-4961(代表)
(※時間外においては事務当直者の対応となりますのでご了承ください。)