紙様式－5

申込日:平成　　年　　月　　日

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、初診手続きをよろしくお願いします。

医療機関名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医院 ・ 診療所 ・ 病院

医師名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

FAX番号: ＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿　　電話番号: ＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿

★ 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 ）

受診希望日	平成　　年　　月　　日（　　曜日）					
フリガナ 患者氏名	(姓)	(名)	性別 男・女	生年月日 (明・大・昭・平) 年　月　日	旧姓	
住所	〒　－					
電話	(　　)－(　　)－(　　)					

受診診療科 （ ○印を付けてください ） **★セカンドオピニオンの場合は、直接電話願います。**

総合内科	泌尿器科	糖尿病内分泌	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	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	歯科口腔外科
	リウマチ	内分泌				一般	肝臓				一般	産科											

診察希望医師	

備考・連絡欄(患者様を把握する為、可能であればご紹介目的、症状等をご記入お願いします。)

★検査予約 （○印を付けてください）

	CT	単・造	部位 頭・胸・腰 他 （　　）
	MR	単・造	部位 頭・胸・腰 他 （　　）

造影検査希望の場合は下記記入お願いいたします。
BUN（　　）クレアチニン（　　）

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 □全て	

※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

※特殊外来で小児科受診の場合、備考欄へその旨記載いただきますようお願いいたします。

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			
記号		番号	
被保険者氏名		続柄	
資格・交付	昭・平　年　月　日		
有効期間	平成　年　月　日		
事業所名			
保険者名			
負担割合	0・1・2・3・10 割		

保険種別									
健保本人	健保家族	国保本人	国保家族	退医本人	退医家族	後期高齢者	労災	生保	自費

公費						

老人負担割合	0・1・2 割
公費交付年月日	平　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。