

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

Grid of checkboxes for medical specialties including 総合内科, リウマチ内科, 糖尿病・内分泌内科, 消化器内科, 血液内科, etc.

▼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 □フィルム・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

Table for patient information: フリガナ〔姓〕〔名〕, 性別, 生年月日〔明・大・昭・平・令〕, 患者氏名(旧姓), 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5,500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