

紹介患者事前診察・検査申込書

FAX 0771-42-5071

受診希望日 ①令和 年 月 日()

希望医師

②令和 年 月 日()

・ 無

【症状・傷病名等】 確認のため、病名・症状等をご記入ください。受診日までに紹介状をFAXしていただきますようお願いいたします。

【受診予約】(受診希望診療科に○をつけてください)

総合内科	循環器内科	消化器内科	血液内科	腎臓内科	呼吸器内科	内分泌・代謝内科	肝臓内科	脳神経内科	脳神経外科	外科	小児外科	乳腺外科	心臓血管外科	呼吸器外科	整形外科	泌尿器科	産婦人科	耳鼻咽喉科	小児科	眼科	皮膚科	精神科	もの忘れ・認知症外来	歯科・口腔外科	※放射線科 (リニアック)
------	-------	-------	------	------	-------	----------	------	-------	-------	----	------	------	--------	-------	------	------	------	-------	-----	----	-----	-----	------------	---------	------------------

※放射線科(リニアック)のみの予約はできません。主科も指定していただくようお願いします。

【検査予約】

上部内視鏡検査

CT検査	【撮影部位】
MRI検査	単純・造影・併用

RI検査
骨シンチ・心筋シンチ その他()

紹介元医療機関名

ご担当医師名

住所

送信ご担当者名

TEL

FAX

◆患者情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大昭 平令 年 月 日
住所	〒		電話番号 - -

◆保険情報

保険証又はカルテのコピーなどをFAXしていただければ記入は不要です。

保険者番号	
記号・番号	
資格取得日	昭・平・令 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
被保険者	本人・家族 負担割合 割

公費医療 負担者番号	
受給者番号	
有効期限	令和 年 月 日
負担割合	割

折返し【受診日のお知らせ】をFAXさせていただきます。
FAX受信は24時間可能です。
平日20時以降、土日祝は後日のお返事になりますのでご了承ください。



京都中部総合医療センター
地域医療連携室

TEL: 0771-42-5061(直通) 平日8:30~20:00
FAX: 0771-42-5071