

紹介患者事前診察・検査申込書

FAX 0771-42-5071

【希望医師】

【受診希望日】 ①令和 年 月 日()
 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)

内科初診	総合内科	総合診療科	循環器内科	消化器内科	血液内科	腎臓内科	呼吸器内科	内分泌糖尿病代謝内科	糖尿病内科	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いたします。

【検査予約】

上部消化管内視鏡検査	CT検査	【撮影部位】	RI検査
	MRI検査	単純・造影・併用	

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

折り返し【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