

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）

※放射線科 (リニアック)	菌科・口腔外科	もの忘れ・認知症外来	精神科	皮膚科	眼科	小児科	耳鼻咽喉科	産婦人科	泌尿器科	整形外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳腺外科	小児外科	外科	脳神経外科	脳神経内科	肝臓内科	ベストウエイト外来	糖尿病内科	内分泌糖尿病代謝内科	呼吸器内科	腎臓内科	血液内科	消化器内科	循環器内科	総合診療科	総合内科	内科初診
------------------	---------	------------	-----	-----	----	-----	-------	------	------	------	-------	--------	------	------	----	-------	-------	------	-----------	-------	------------	-------	------	------	-------	-------	-------	------	------

※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】 単純 ・ 造影 ・ 併用
	MRI検査	

	RI検査
骨シンチ その他(	・ 心筋シンチ)

骨塩定量検査	腰椎及び大腿 同時撮影です
--------	------------------

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		
			— —		

※ 保険情報の事前FAXにご協力いただけますと幸いです。

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

この申込書は、ホームページからダウンロードできます。 [Http://www.kyoto-chubumedc.or.jp/](http://www.kyoto-chubumedc.or.jp/)