

## 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	ペストウエイト外来	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)

## 【検査予約】

上部消化管内視鏡検査

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( )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/)