

## 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）

（リニアック） 放射線科	歯科・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	ペストウエイト外来	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
-----------------	---------	------------	-----	-----	----	-----	-------	------	------	------	-------	--------	------	------	----	-------	-------	------	-----------	-------	------------	-------	------	------	-------	-------	-------	------	------

**【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/)