FAX: 075-393-8101

紹介患者様事前受付 FAX 用紙 (内視鏡検査依頼)

申込日: 年 月

日

①紹介元医療機関名	③電話番号
	④ F A X番号
②御担当医師名	5送信者御氏名
先生	
●希望日	
・第一希望 月 日()	· 第三希望 月 日 ()
•第二希望 月 日()	□ 特になし
■検査依頼 <u>該当の項目にチェックおよびご記入を</u>	お願いします。
内視鏡・超音波検査 ※画像データのCD希望	[□なし (レポートのみ)・□あり (レポート+CD)]
□上部消化管内視鏡 (□鎮静希望あり)	
□下部消化管内視鏡 (□鎮静希望あり 、 □在宅洗腸)	
□腹部超音波 ※オープン検査依頼は腹部	部のみです。その他は該当の診療科へご紹介ください。
●患者情報	
フリガナ	性別 生年月日
患者氏名	男·女
住 所 一	電話() —
当院受診歴有(ID)・無 貴院では 外来通院中・入院中
被保険者情報(任意):記入省略のため、保険証またはカルテのコピーを同時に FAX 可。	
保険者番号	公費
記号番号	
被保険者本人・家族	交付年月日 年 月 日
資格取得年月日 年 月	日 負 担 割 合 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 10 割
有 効 期 限 年 月	В
▲ → → → → → → → → → →	患者様お待ちですか? YES No

●お問い合わせ先

京都桂病院 地域医療福祉連携室

受付時間:平日8:30~20:00 (木曜日は17:30まで)※FAX受信は24時間可

TEL: 075-392-9915

* FAX受信後、折り返し「受診日のお知らせ」と「検査注意事項」をFAX送信させていただきます。(2023.9改訂)