

紹介患者様事前受付 FAX 用紙（診察依頼）

①紹介元医療機関名 ②御担当医師名	③電話番号 ④FAX番号 ⑤送信者御氏名 先生
--------------------------	--

●診察依頼

主症状・病名 (必須)	受診診療科確認のため簡単に症状をご記入願います。※紹介状の事前提供にご協力ください。																									
受診希望日	第一希望	月	日	()											ご希望の医師がございましたらご記入ください。											
	第二希望	月	日	()	<input type="checkbox"/> 特になし											先生										
	第三希望	月	日	()																						
受診希望科に○印を付けてください。																										
一 般 内 科	血 液 内 科	糖 尿 病 ・ 内 分 泌 内 科	腎 臓 内 科	脳 神 経 内 科	膠 原 病 ・ リ ウ マ チ 科	精 神 科	消 化 器 内 科	外 科	乳 腺 科	皮 膚 科	形 成 外 科	産 婦 人 科	泌 尿 器 科	呼 吸 器 内 科	呼 吸 器 外 科	整 形 外 科	循 環 器 科	心 臓 血 管 外 科	耳 鼻 咽 喉 科	小 児 科	眼 科	脳 神 経 外 科	腫 瘍 内 科	緩 和 ケ ア 科	放 射 線 治 療 科	そ の 他

●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 () —
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。

被保険者番号								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 日														

●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：0120-01-9991 075-392-9915

FAX：075-393-8101

- * FAX受信後、折り返し「受診日のお知らせ」をFAX送信させていただきます。
- * 緊急時や当日の受診希望は地域医療福祉連携室まで直接お電話ください。
- * セカンドオピニオンをご希望の場合は、電話でお問い合わせください。（完全予約制）