

## 紹介患者様事前受付 FAX用紙 FAX 075-393-8101

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

【受診希望日】 年 月 日 ( )	
希望 担当医師 先生	午 前 ・ 午 後

内	血	内	神	消	外	乳	産	婦	呼	整	小	眼	耳	皮	形	心	泌	脳	そ	
科	液	分	経	化	科	腺	科	人	吸	形	児	科	鼻	膚	成	臓	尿	神	の	
科	内	泌・糖	内	器	及	外	科	科	器	外	科	科	咽	科	外	血	器	経	他	
		尿内	科	セン	び	来		科	セン	科		喉			科	管	科	外	他	
		科		ター	専	科			ター			科	科		センター	科	科	科	他	

※ 受診希望診療科 に丸印を付けて頂きますようお願い致します。

◎ 当院への入院	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
◎ 現在貴院では・・・	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 外来

◆患者さま個人情報

フリガナ .....

氏名 ..... 男・女 ..... M・T ..... 年 月 日生  
S・H .....

〒 ..... TEL ( ) .....

◎当院での診察が初めての方、ID番号不明の方、しばらく受診に来られていない方は  
保険証及び公費負担医療受給者証のコピーをお送り下さい。

◎すでに京都桂病院での受診歴のある方で、当院診察カードをお持ちの方はID番号を記入して下さい。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

緊急入院の必要な場合は、前もって担当医へご連絡いただきますようお願いいたします。