京都桂病院　地域医療福祉連携室行　　申込日：平成　　年　　月　　日

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	③電話番号
	④ＦＡＸ番号
②御担当医師名　　先生	⑤送信者御氏名

●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（　　） 第二希望　　月　　日（　　）　□ 特になし 第三希望　　月　　日（　　）	ご希望の医師がございましたらご記入ください。 先生

受診希望科に〇印を付けてください。

一般内科	血液内科	内分泌・糖尿病内科	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	緩和ケア科	ペインクリニック科	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	明・大 昭・平　　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。

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）