

紹介患者さま事前受付書 <FAX 075-494-1033>

*個人情報ですのでFAXする場合、番号間違いはくれぐれもご注意ください。

FAX 受付時間

月～金 午前8時30分～午後5時

京都からすま病院 地域連携室宛

〒603-8142 京都市北区小山北上総町 14

TEL 075-491-8598 (直通) FAX 075-494-1033 (直通)

<ご紹介患者さまの基本情報>

フリガナ	
氏名	
電話番号	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳
性別	男 ・ 女
当院受診歴	有 ・ 無

<受診希望診療科>

内科 消化器内科 外科 消化器外科 整形外科脳神経内科 婦人科 その他 ()

<検査>

科 医師

内視鏡 上部消化管 大腸 その他 ()放射線 CT MRI 一般撮影 骨塩定量 (腰椎 ・ 大腿部頸部) その他 ()超音波 腹部 頸部 心エコー 生理 尿素呼気試験 (UBT)

<受診希望日時>

第一希望 年 月 日 () 午前/午後 時 分

第二希望 年 月 日 () 午前/午後 時 分

<診療情報> 別紙参照 (診療情報提供書をFAX送信後、原本は患者様をご持参下されば幸いです。)

--

<貴院様の情報>

所在地

名称

主治医

電話 () - / FAX () -