

紹介患者さん事前申込書 <FAX 075-494-1033>

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)

紹介元医療機関情報

名称 _____

主治医 _____

所在地 _____

電話 () - _____ FAX () - _____

<受診希望日>

① 年 月 日 () 午前/午後 ② 年 月 日 () 午前/午後

<診察予約>

消化器内科 総合内科 脳神経内科 呼吸器内科 外科 整形外科 婦人科

希望医師名 _____ 医師 ・ 無

<検査予約>

| | | | |
|--------------------------|---------|---------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 上部内視鏡検査 | セデーション希望 | 無 ・ 有 |
| <input type="checkbox"/> | 大腸内視鏡検査 | セデーション希望 | 無 ・ 有 |
| <input type="checkbox"/> | CT | 単純 ・ 造影 | 【撮影部位： _____】 |
| <input type="checkbox"/> | MRI | 【撮影部位： _____】 | オープン希望 無 ・ 有 |
| <input type="checkbox"/> | 骨塩定量検査 | | |
| <input type="checkbox"/> | 腹部超音波検査 | | |

<ご紹介患者さん情報> 当院受診歴 有 (ID: _____) ・ 無

| | | | |
|------|--------|-----|--------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | T・S・H・R 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | (携帯番号) | | |
| 保険情報 | 保険番号 | 続柄 | 本人 ・ 家族 |
| | 記号番号 | . | |

<紹介目的・傷病名・症状等> ※記入必須

※診療予約日までに紹介状をFAX送信お願いします。当日原本ご持参ください。
※保険情報、コピーでも可能です

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。