

紹介予約申込票
FAX 075-956-3826
 受付時間(原則):平日 午前9時~午後7時30分(木曜日は午後5時まで)
 済生会京都府病院 地域医療支援室 TEL 075-956-3825(直通)

ご紹介元医療機関名

▼ご紹介患者さん情報

| | | | | | | | | |
|-------|--------------------------------------|---|---|-------|------|--------------|---|-------|
| 予約希望日 | 第1希望 | 年 | 月 | 日 () | 第2希望 | 年 | 月 | 日 () |
| フリガナ | 姓 | 名 | | | 性別 | 生 年 月 日 | | |
| 患者氏名 | | | | | 男・女 | M・T・S H・R | 年 | 月 日 |
| 住 所 | 〒 - | | | | | | | |
| 連絡先 | () - () - () ※日中連絡が取れる電話番号をお願いします | | | | | | | |

▼ご希望の診療科に○をご記入ください

※希望医師(あり・なし) → 希望医師名()

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------|-------|------|-------|------|-------|-------|-----|----|------|------|------|-------|------|-------|----|-----|------|-----|------|--|--|--|--|
| 総合診療内科 | 消化器内科 | 呼吸器内科 | 腎臓内科 | 糖尿病内科 | 血液内科 | 脳神経内科 | 循環器内科 | 小児科 | 外科 | 乳腺外科 | 整形外科 | 形成外科 | 脳神経外科 | 産婦人科 | 耳鼻咽喉科 | 眼科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | 精神科 | 放射線科 | | | | |
|--------|-------|-------|------|-------|------|-------|-------|-----|----|------|------|------|-------|------|-------|----|-----|------|-----|------|--|--|--|--|

▼各種検査のご希望について ※該当項目に○をご記入ください

【画像診断】

| | | |
|---|---------|---------|
| CT ・ MRI | 単純 ・ 造影 | 撮影部位・方法 |
| CR(画像データのみ提供) ・ マンモグラフィー(画像データのみ提供) ・ 骨塩定量(検査データのみ提供) | | |

【胃カメラ・腹部エコー】※腹部エコーは内科診察を含みます

| | | | |
|--------|------|---------|--------------|
| 検査のみ | 胃カメラ | | |
| 内科診察含む | 胃カメラ | ・ 腹部エコー | ・ 腹部エコー+胃カメラ |

▼今回適用される保険(保険証のコピー参照でも可) ※該当項目に○をご記入ください

| | | | |
|-----------|------|------|------|
| 保険(国保・健保) | ・ 労災 | ・ 生保 | ・ 自費 |
|-----------|------|------|------|

▼病名・病状等の連絡事項(診療情報提供書の参照でも可)

※折り返し「予約受付票」兼「予約票」等をFAX送信致します。
 上記受付時間外分のFAXについては、翌外来診療日に手続きさせていただきます。
 一部の予約申込を除き、原則は患者さんご本人からの予約は承っておりません。