

紹介予約申込票
 京都済生会病院 地域連携室
 TEL 075-956-3825(直通)
 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30分まで)

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
患者氏名			生 年 月 日
			男・女 T・S H・R
住 所	〒 -		
連絡先	()-()-() ※日中連絡が取れる電話番号でお願いします		

▼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・RI	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。