

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00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	生 年 月 日			
患者氏名						男・女	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	膠原病内科	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

【ABI】※身長・体重の記載をお願いします

ABI	(身長	cm	体重	kg)
-----	-----	----	----	-----

▼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。