京都済生会病院　地域連携室 行　　申込日　　年　　月　　日

FAX:
075-956-3826
(24時間受診可能)

紹介予約申込票

京都済生会病院　地域連携室

TEL　075-956-3825　FAX　075-956-3826(地域連携室直通)

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)

※本紙と診療情報提供書をFAXしてください、予約調整後に予約票をFAXでお返しいたします。
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。

ご紹介元医療機関名	TEL	医師名
	FAX	担当者名

▼ご紹介患者さん情報

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　歳
住所	〒　－			
連絡先	(　　)－(　　)－(　　)		当院診察券ID	

▼診察のご希望　　希望医師名(　　)

受診希望日 複数記入可		不都合な日	

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		

▼診察を含む検査のご希望

	腹部エコー+消化器内科
	胃カメラ+消化器内科
	胃カメラ+腹部エコー+消化器内科

	MRI(単純・造影)+脳神経外科
	頚部エコー+脳神経外科
	MRI(単純・造影)+頚部エコー+脳神経外科

▼検査のみのご希望

【画像診断】

検査内容	□ CT (単純 ・ 造影)	□ MRI (単純 ・ 造影)	□ RI
撮影部位・方法			

□ XP(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)

【その他】

	胃カメラ

	ABI(身長　　cm　体重　　kg)(検査データのみ提供)

▼病名・病状等の連絡事項

□ 診療情報提供書を参照　　貴院でお待ちですか　はい ・ いいえ