

糖尿病合併症外来予約申込票
F A X 0 7 5 - 9 5 6 - 3 8 2 6
 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 T E L 075-956-3825（直通）

紹介元医療機関の所在地・名称〈TEL・FAX及び担当医師名は必ずご記入ください。〉

●患者様個人情報

予約希望日	第1希望	年	月	日 (火)	第2希望	年	月	日 (火)
フリガナ	姓	名	性別		生年月日			
患者氏名	様		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でお願いします							
身長・体重	cm	kg	ペースメーカー植え込み	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない			

●オプション（希望する・しないに必ずチェックをしてください。）

項目	希望
眼底検査 (1割負担…約120円 3割負担…約340円)	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
CT検査 (1割負担…約1500円 3割負担…約4500円)	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
心エコー検査 (1割負担…約900円 3割負担…約2700円)	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
昼食 (730円) ※付き添い者も可能です	<input type="checkbox"/> する(食) <input type="checkbox"/> しない

●被保険者情報（保険証のコピーでも結構です）

保険者番号																公費負担者番号															
記号	番号															公費受給者番号															
被保険者名															公費交付年月日	年	月	日													
有効期限		年	月	日	有効期限		年	月	日																						
負担割合		0・1・2・3・10割																													

☆折り返し「予約受付票」兼「予約票」をFAX送信いたします。
 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。
 ☆患者さんご本人からの予約は承っておりません。

☆診療内容への助言をご希望の先生は下記についてご記載ください。

投薬内容

当方の提案