

紹介患者様事前受付用紙

FAX 075-381-2173 (専用)

平日 8:30~17:15 土曜日(第2・4) 8:30~13:00

◆患者様個人情報◆

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> 検査のみ の予約をお願い致します																					
主症状・病名																						
受診希望日	第一希望 月 日 ()										ご希望の医師がございましたらご記入 ください。 先生											
	第二希望 月 日 ()																					
フリガナ											性別	生年月日(大・昭・平)										
患者氏名											男女	年 月 日										
住所	〒 — — — — —										TEL () — — — — —											
受診診療科 (該当欄へ○印をお願い致します)																						
総合内科	消化器内科	腎臓内科	呼吸器科	呼吸器外科	腫瘍内科	緩和ケア内科	消化器外科	乳腺外科	整形外科	小児科	心臓内科	心臓血管外科	産科	婦人科	歯科	口腔外科	眼科	皮膚科	神経内科	泌尿器科	胃カメラ	大腸ファイバー

◆紹介元◆

医療機関名 住所 TEL・FAX	担当医師名 地域医療連携室担当者名
--------------------------------	--------------------------

三菱京都病院 予約センター
医療機関専用ダイヤル 0120-32-4004