

紹介患者事前受付用 FAX 用紙

京都第二赤十字病院

FAX: 075-212-6358 (地医連直通)

TEL: 075-212-6186 (地医連直通)

受診希望日：第一希望日 月 日 ()

第二希望日 月 日 () / 希望日なし

主訴又は病名：

*** 診療予約日までに必ず紹介状(控え)を FAX 送信お願い致します**

・希望医師名 () ・ 無

受診希望科に○印を付けて下さい																				
血液内科	腎臓・糖尿病内分沁・膠原病内科	こころの医療科 ※1	神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	小児科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科 気管食道外科	放射線科 検査 ※2 治療	歯科 口腔外科

・紹介元医療機関情報

紹介元医療機関名：	医師名：
所在地：	FAX 送信者名：
TEL：	FAX：

・患者情報 当院受診歴 無 ・ 有 登録番号： - -

ふりがな	旧姓	男 女	大平 昭	年 月 日
患者氏名				
患者住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	自宅 TEL	-	-
		携帯 TEL (続柄)		

・保険情報

<被保険者証>

<公費負担医療受給者証>

保険者番号	<input type="text"/>
記号	番号 <input type="text"/>
被保険者氏名	続柄 <input type="text"/>
負担割合	1割・2割・3割・10割・生保・労災

負担者番号	<input type="text"/>
受給者番号	<input type="text"/>

患者さんは
(入院中 ・ 外来通院中)

緊急時・当日受診の依頼等の場合は、直接ご連絡いただきますようお願い致します。

※1. こころの医療科につきましては、平日 8:30~17:00 までに予約依頼をお願い致します。

※2. 放射線検査の予約は代表番号から放射線受付へ直接ご連絡下さい。TEL: 075-231-5171 (代表)

◆セカンドオピニオンをご希望の場合は、患者様から直接地域医療連携課へご連絡下さい。