

紹介患者様事前受付票

FAX (075) 441-4913

TEL(075)441-6146 (医療機関専用番号)

京都鞍馬口医療センター 地域医療連携室行

受診希望日① 年 月 日 () 午前・午後

受診希望日② 年 月 日 () 午前・午後

受診希望日③ 年 月 日 () 午前・午後

科 _____ 先生 _____ 病名又は検査項目 _____

患者様個人情報 ※保険証の記載通りご記入ください

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	T.S.H.R 年 月 日生
〒	—	TEL ()	—
住所			

◎当院の診察カードをお持ちの方は ID 番号を記入して下さい (社会保険京都病院も含む)

無 ・ 有

			—				—	
--	--	--	---	--	--	--	---	--

患者様保険《被保険証》

保 險 者 番 号								
記 号	番 号							
資 格 取 得 年 月 日			年		月		日	
有 効 期 限			年		月		日	
被 保 険 者 氏 名							続 柄	
一 部 負 担 金 の 割 合	割							

《公費負担医療受給者証》

負担者番号							
受給者番号							
有効期限		年		月		日	

該当する項目に○を付けてください

前期高齢者	後期高齢者
医療受給者	医療受給者
2割・3割	1割・3割

通信欄 (紹介内容等、簡単にご記入ください)

* ご紹介状は出来次第 FAX 頂き、原本は患者様が当日ご持参下さい *

医療機関名 :

住所・TEL・FAX :

医師名 :

送信者 :