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

	<u>受</u> 記	<u> </u>	月①	<u></u>	<u>月</u>	日	(<u>) </u>	<u>-前・午</u>	·後	
	<u> </u>	参希望	日②	年	月	日	(<u>) </u>	-前•午	·後	
	<u>受</u> 記	<u>参希望</u>	日③	年	月	日	() 4	一前・午	後	
科				<u>先生</u> 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											
フリカ゛ナ						性別		生年月日			
氏名				様	男	·女	Т.	S. H.	R 年	月	日生
〒 一 自宅電話番号() ー ・ 携帯番号											
◎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 険	者 番	号号									
記号・	番号•							•			
資格取得年月日			年				月			日	
				年				月			
被保険者氏名 一部負担金の割合								続 柄			
			•11				割				
《公費負担医療受給者証》			: <i>)</i> /				_	該当する項目に○を付けてください			
負担者番号								期高齢者		後期高齢者	
受給者番号 有効期限 2		 	H					· 3割		割・3割	
	 		<u> </u>	月 ロ スくだ	ネハ/ 日				- 3 部	1 剖 * 2	司 6 3 引
地市佩	(がロノ) ドリイ	≇守、 间	キにて良	ロノくへん	Ċ V '/						

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:	
	(to)