

# 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 地域医療連携センター行

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

希望診療科 (下記欄にチェックください。なお、放射線撮影ご依頼の際は該当診療科宛にご紹介ください。)

血液内科	循環器内科	消化器内科	内科総合診	総合内科	脳神経内科	リウマチ・膠原病科	糖尿病内科	呼吸器内科	ペースメーカー外来	小児神経	外科	乳腺外科	脳神経外科	血管外科	呼吸器外科	形成外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科	耳鼻咽喉科	麻酔科	禁煙外来	歯科口腔外科
------	-------	-------	-------	------	-------	-----------	-------	-------	-----------	------	----	------	-------	------	-------	------	------	-----	------	-----	-------	-----	------	--------

診察  検査 ※紹介状はFAXいただき、原本は患者様にて当日ご持参ください。

医師ご指名  有 ( 医師 ) ・  無

病名:

検査項目:  MRI  CT  胃カメラ  大腸ファイバー  その他 ( )

検査部位 (例: 上腹部 単純+造影):

外来通院中  入院中 (※入院中の場合 医事課宛の算定用紙:  あり  なし )

患者様個人情報 ※戸籍通りにご記入ください (旧漢字含む)

フリガナ		性別	生年月日			
氏名	様	男・女	T.S.H.R	年	月	日生
〒	自宅電話番号 ( )		携帯番号		-	-
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》

※マイナンバーカードをご持参ください。

保険者番号								
記号・番号・枝番								
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》

\*該当する項目に○を付けてください

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

前期高齢者医療受給者証	3割・2割
後期高齢者医療受給者証	3割・2割・1割
重度心身障害老人健康管理事業対象者証 (重老)	有・無

医療機関名:

住所:

TEL/FAX:

医師名:

送信者: