

診察等予約受付用紙

送信先FAX番号：075 - 312 - 6722

▼紹介元医療機関情報

医療機関名		担当者名	
所在地		電話番号	— —
担当医師名		FAX番号	— —

▼患者情報

フリガナ	(姓)	(名)	性別	生年月日・年齢
患者氏名			男 女	年 月 日(歳)
住所	〒 —		電話番号	— —
保険区分	【本人・家族】 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災・自賠			
	保険者番号:		記号・番号:	

▼受診(検査)内容

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診療	<input type="checkbox"/> 検査・画像診断
	診療科・希望医師名 科 医師	検査名・部位等
希望日時	月 日 (曜日) 時 分	
【連絡事項】 <input type="checkbox"/> 入院中に外来受診される場合		

○来院当日までに、必ず診療情報提供書(紹介状)の事前FAXをお願いいたします。

○予約の変更・キャンセルの際は、京都南病院 医事課・地域連携室までご連絡ください。

(直通電話:075-312-8100)