

予約診察申込書(紹介患者様用)

申込日 平成 年 月 日

医療機関名 :

住所 :	TEL :
	FAX :

氏名	フリガナ	男 女	生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年	月	日
	(干)				区 ・ 市 ・ 町		
住所	(干)	電話番号 ()			—		

★希望される診療科に○をつけてください。Drの希望があれば、()内に記入してください。

- | | |
|------------|---------------|
| ◇外科 () | ◇呼吸器科 () |
| ◇整形外科 () | ◇神経内科 () |
| ◇脳神経外科 () | ◇糖尿病外来 () |
| ◇泌尿器科 () | ◇血液内科 () |
| ◇乳腺外来 () | ◇膠原リウマチ内科 () |

※ 内科、消化器科、循環器科については、予約なしで診察受付時間内に紹介状を持参のうえ直接ご来院ください。

診察受付時間： 8時30分～11時45分

★希望される日を記入してください。

平成 ()年 ()月 ()日 ()曜日 午前診

★患者様の保険証情報を記入してください。

保険者番号				自 費 生 保 労 災				
記号	番 号			事故	保険会社名			
被保険者氏名	続 柄							
資格取得年月日	昭 ・ 平	年	月	日	公 費			
交付年月日	昭 ・ 平	年	月	日				
有効期限	平成		年	月	日			
高齢受給者証	割負担	老人医療受給者証	割負担	重症老人 有 ・ 無				

★備考欄

京都きづ川病院 地域医療連携室

直通TEL:0774-66-1800

申込受付時間: 月～土 午前9時～午後5時
(上記以外は 代表TEL:0774-54-1111 迄)

直通FAX:0774-55-8919

※FAX受信受付は24時間
※調整後、診察予約票を送信致します。



MEDICAL CORPORATION
KEISHINKAI / KYOTO

