

診察依頼票

記載がより
簡単になりました！

年 月 日

国立病院機構京都医療センター 地域医療連携室

紹介予約FAX (24時間受付)

お問い合わせ (平日9:00~17:00)



075-643-4361



0120-06-4649

医療機関名	
医師名	
電話・FAX番号	

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
患者氏名	(旧姓)	T S H R	年 月 日生
電話番号	- - (自宅 / 携帯)	当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
来院の際、 紹介状・保険証原本 (またはマイナンバーカード) をお持ち頂きますよう、 患者さんにお伝え下さい。			

病名	の疑い <input type="checkbox"/> 入院中	紹介元医療機関に入院中の場合は チェックを入れてください。
診療科	科	

受診日について	※申込当日の予約は取れません。また、15時以降は、翌日（翌診療日）の予約は取れません。
<input type="checkbox"/> 特に指定なし	
<input type="checkbox"/> 日付指定で	: 第1希望 月 日 / 第2希望 月 日
<input type="checkbox"/> 曜日指定で	: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金

診察医師について	
<input type="checkbox"/> 特に指定なし	
<input type="checkbox"/> 専門分野で (例: 胃、大腸、脊椎など)	: ()
<input type="checkbox"/> 医師指名で:	() 医師

病院への連絡事項等
