

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		☐ 男 ☐ 女
患者氏名	(旧姓)	T S 年 月 日生 H R
電話番号	- - (自宅/携帯)	当院受診歴 ☐ あり ☐ なし
来院の際、 <u>紹介状・保険証原本</u> (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 ☐ 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。		
☐ 特に指定なし		
☐ 日付指定で : 第1希望 月 日 / 第2希望 月 日		
☐ 曜日指定で : ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金		
診察医師について		
☐ 特に指定なし		
☐ 専門分野で (例: 胃、大腸、脊椎など) : ()		
☐ 医師指名で: () 医師		

病院への連絡事項等
