紹介患者様診察申込票（予約）

年　　月　　日

***FAX番号の前に186をお付けください**

京都第一赤十字病院　地域連携室　あて　　FAX:(075)533-1282(24時間対応)

☎ 平　日〔8：30～17：00〕：地域医療連携室 直通　（０７５）５３３－１２８０

その他〔休日 ・時間外〕：時間外 病院代表電話　（０７５）５３３－１３１３（事務当直）

◆紹介元医療機関情報

医療機関名 ：　　医師名 ：　　先生

ＦＡＸ番号 ：　　電話番号：

◎ 希望日 ：①　　年　　月　　日（ ）②　　年　　月　　日（ ）

◆ 診療科 ◆ 希望医師(　　)→ ※小児科 特殊外来：□ 心臓 □ 肾臓 □ 代謝 □ 神経

▲：完全予約制の診療科

□ 総合内科	□ リウマチ・膠原病内科	□ 糖尿病・内分泌内科	消化器内科 □ 一般 □ 肝臓	□ 血液内科	□ 呼吸器内科	□ 脳神経・脳卒中科	□ 循環器内科	□ 心療内科	□ ※小児科	産婦人科 □ 一般 □ 産科 □ ▲出生前診断	□ 消化器外科 肝胆膵外科	□ 乳腺外科	□ 呼吸器外科	□ 小児外科	□ 形成外科	□ 心臓血管外科	□ 脳神経外科	□ 整形外科	□ 耳鼻咽喉科 頭頸部外科	□ 眼科	□ 皮膚科	□ 泌尿器科	□ 腎臓内科・腎不全科	□ 歯科口腔外科	□ ▲放射線治療科

◆ 検査予約 ＊ペースメーカーまたは口腔内・体内金属　□ あり □ なし

□ CT　□ MR　□ 単純　□ 造影　部位〔　　〕

結果通知方法　□ 所見のみ　□ CD-R・所見

検査数値　BUN(　　) eGFR(　　) Cr(　　)

(造影剤使用希望時のみ)採血日実施日：

□ 胃カメラ
□ 心臓超音波
□ 腹部超音波
□ 下肢エコー(心臓血管外科のみ)

◆ 紹介目的（傷病名・症状等）

【 必 須 】

【 □ 外来通院中　□ 入院中 】

◆ 持参資料
□ CD-R持参 有 ・ 無

持参資料内容チェック欄
□ X線 □ CT □ MR □ 超音波
□ 血液 □ 尿検査 □ 心電図

◆ 患者情報

フリガナ	〔姓〕　〔名〕	性 別	生年月日〔 明・大・昭・平・令 〕
患者氏名	(旧姓　)	男・女	年　月　日生
住 所	〒　－		
	電話(　)-(　)-(　)		

◆当院の受診 **有 ・ 無**　□□□□－□□－□

☚当院の診察券をお持ちの方は番号をご記入ください

◆保険区分　健康保険(□ 本人 ・ □ 家族)□国保 □退職医療 □後期高齢 □生保 □労災

◎保険証・カルテコピーでも可 保険番号 □□□□□□□□ **記号**　　**番号**

◎第一赤十字あて紹介状をお持ちでない場合は7,700円いただく事があります。

◎診察予約日までに紹介状(控え)をFAX送信お願い致します