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 □ 腎臓 □ 代謝 □ 神経

▲：完全予約制の診療科

□	□	□		□	□	□	□	□	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
総合内科	リウマチ内科	糖尿病・内分泌内科	消化器内科	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	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

消化器内科：□ 一般　□ 肝臓

産婦人科：□ 一般　□ 産科　□ ▲出生前診断

◆ 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 □ フイルム・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