京都きづ川病院　地域医療連携室宛

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

氏名	フリガナ	男女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年　月　日
住所	（〒　　）		区 ・ 市 ・ 町		
			電話番号　（　　）　－		

★希望される診療科に〇をつけて下さい。Ｄｒの希望があれば、（　　）内に記入して下さい。

◇一般内科　（Ｄｒ.　　）◇整形外科　（Ｄｒ.　　）
◇循環器内科（Ｄｒ.　　）◇脳神経外科（Ｄｒ.　　）
◇消化器内科（Ｄｒ.　　）◇泌尿器科　（Ｄｒ.　　）
◇外　　科（Ｄｒ.　　）

◇その他、専門外来（　呼吸器科、神経内科、糖尿病外来、血液内科、膠原リウマチ内科　）
（　乳腺外来　）

★希望される日を記入して下さい。
平成　（　　）年　（　　）　月　（　　）日　　（　　）曜日　　午前診 ・ 夜診

★患者様の保険証情報を記入して下さい。

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

代表TEL:0774－54－1111

直通FAX:0774－55－8919

受信受付は24時間

申込受付時間:月～土　午前9時～午後5時

※調整後、診察予約受付票を送信致します。

MEDICALCORPORATION
KEISHINKAI / KYOTO