

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	年	月	日
				大正			
住所	(〒) 区・市・町			電話番号 () -			

★希望される診療科に○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.)
- ◇小児科 (Dr.) ◇外科 (Dr.)

◇その他、専門外来 (呼吸器科、神経内科、糖尿病外来、小児心臓外来)
(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							公費		
資格取得年月日	昭	平	年	月	日							
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。

