

診 察 申 込 票

医療福祉・地域連携室 FAX:(075)622-2137

申 込 日	平成 年 月 日 ()
-------	--------------

紹 介 元	
医療機関名	
担当医師名	
T E L	— —
F A X	— —

受 診 希 望 日	
第 1 希 望	月 日 ()
第 2 希 望	月 日 ()

受診希望科 (○印を記入して下さい)			
泌 尿 器 科	<input type="checkbox"/>	腎 臓 内 科	<input type="checkbox"/>
循 環 器 内 科	<input type="checkbox"/>	整 形 外 科	<input type="checkbox"/>

患 者 様 情 報				
フリガナ			性別	生 年 月 日
患者氏名			男 ・ 女	明 ・ 大 年 月 日 昭 ・ 平
住 所	〒 — — — — —			
T E L	— — — — —			
病 名				
紹介目的				
透析情報	原疾患	導入日		透析日
		年	月	日 月・水・金 火・木・土 AM・PM

被 保 険 証 情 報				
保険番号	保険者番号		記号・番号	本人・家族の別
				本人 ・ 家族
公 費	保険者番号		番号	老人保健の負担割合
				1 割 ・ 2 割 ・ 3 割

受付時間：9時00分～17時00分（日曜日を除く）
 FAX受信後、30分以内に「受付確認票」を返信いたします。
 (FAXは24時間稼働しておりますが、受付時間後日曜日の受信分に関しましては翌診療日の返信となります)

特定医療法人 桃仁会病院 医療福祉・地域連携室 〒612-8026 京都市伏見区桃山町伊賀83番1
 TEL (075) 622-2136 直通 (075) 622-2056 医療系直通 / FAX (075) 622-2137直通