


平成 年 月 日

紹介患者さま事前受付書 <<時間外用>> <FAX 075-492-4304>

* 個人情報ですのでFAXする場合、番号間違いはくれぐれもご注意ください。

FAX受付時間
月～金 午後5時00分～午後8時00分
土曜 午前9時00分～午後0時30分
土曜 午後0時30分以降及び日・祝の受付の
ご連絡は平日になります。

 京都けいさつ病院
地域医療連携室 宛
〒603-8142
京都市北区小山北上総町14
TEL075-491-8559
(病院代表)

○ご紹介患者さまの基本情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
電話番号	() -	当院受診歴	有 ・ 無

◎受診希望診療科: 内科 消化器内科 外科 消化器外科 整形外科
神経内科 婦人科 その他()

◎検査: 内視鏡 上部消化管 大腸 その他()
放射線 CT MRI 一般撮影
骨塩定量(腰椎 ・ 大腿骨頸部) その他()
超音波 腹部 頸部 心エコー
生理 尿素呼気試験(UBT)

科 _____ 先生 _____

◎受診希望日時 ① 平成 年 月 日() AM PM 時 分
② 平成 年 月 日() AM PM 時 分

○診療情報(患者さまの情報をご記入ください)

○貴院の所在地・名称・電話番号・FAX番号・主治医名

電話 () - FAX () -
主治医 _____ 先生 _____

京都けいさつ病院 FAX 075-492-4304(病院代表)