


平成 年 月 日

# 紹介患者さま事前受付書 <<時間内>> <FAX 075-494-1033>

\* 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 午前9時00分～午後5時00分  
午後5時以降と土曜は時間外用紙でご連絡ください

 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  
TEL075-491-8598  
(地域医療連携室 直通)

## ○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	大正・昭和・平成	
		女	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 075-494-1033