

この用紙を㊹総合受付にご提出下さい。

# 待ち時間短縮システム (患者紹介事前受付FAX用紙)

特定医療法人健康会  
総合病院京都南病院  
新 京 都 南 病 院

発行日 平成 年 月 日

該当する所に✓を付けて下さい。

- 診察と検査・画像診断
- 診察
- 検査・画像診断のみ実施

紹介医療機関

所在地及び名称

医 師 氏 名

患者ID									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※患者IDは記入しないで下さい

患者基本情報	ひらがな									男・女	明・大 昭・平	年	月	日	(才)
	患者氏名														
	住 所	〒										電話	( )		
保 險	被 保 険 証	種 別	協会けんぽ・国保・組合・共済・生保・その他 ( )												
		保険者番号													
		記号・番号	.												
		本人・家族の別	本人・家族						負担金の割合						割
		交 付 日	年			月			日						
		資格取得日	年			月			日						
		有効期限	年			月			日						
情 報	公 費 負 担 医療受給者証	負担者番号													
		受給者番号													
		有効期限	年			月			日						
		負担金の割合	割												
報	後期高齢者医療 被保険者証	保険者番号													
		被保険者番号													
		交 付 日	年			月			日						
		資格取得日	年			月			日						
		有効期限	年			月			日						
来 院 目 的	受 付 来院日時	年 月 日 ( ) 時													
	診 察	紹介診療科 (診察予約時間 時 分)										<input type="checkbox"/> 診療情報提供書発行			
的	検 査	検 査 名 (検査予約時間 時 分)										<input type="checkbox"/> 依頼箋発行			
		<input type="checkbox"/> 検査注意済													

(お願い)

事前に地域連携室までFAXをお願いします。ご予約のご変更等の場合は地域連携室までご連絡をお願いします。  
 来院時に保険証および紹介状、フィルムがあれば合わせてご提出下さい。  
 2枚複写となっております。1枚は登録医控えとしてご利用下さい。

〒622 (312) 6722 FAX 075 (312) 6722 地域連携室