

平成 年 月 日

紹介患者さま事前受付票

(FAX 075-461-5152)

* FAXにて個人情報を送付する場合、番号間違いにはくれぐれもご注意ください。

国立病院機構 宇多野病院
地域医療連携室 宛

〒616-8255 京都市右京区鳴滝音戸山町8
電話:075-461-5152(直)

ファックス受付時間

平日 午前8:30~午後5:00

平日午後5:00以降及び土・日・祝にて受付分の
予約連絡は後日となります。

●受診を希望する診療科:内科・循環器科・呼吸器科・リウマチ膠原病内科・整形外科

脳神経外科・神経内科・小児神経科・発作外来・泌尿器科

消化器科

特殊外来:物忘れ外来・しびれ外来・糖尿病外来・アレルギー外来

脊椎脊髄外来・人工膝関節外来・股関節外来

骨粗鬆症外来・脳血管内科

科

先生

●受診希望日: 年 月 日()

○紹介いただきます患者様の基本情報をご記入下さい。

(フリガナ) 氏名		生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)
	(男・女)	
電話番号		当院受診歴 有 ・ 無

○診 療 情 報 (患者様の情報をご記入下さい。)

--

○紹介元医療機関の所在地・名称をご記入下さい。(TEL・FAX及び担当医師名は必ずご記入下さい。)

病 院 名 ・ 所 在 地 ・ TEL ・ FAX	
電話番号	FAX番号
主治医名	