

送信FAX番号：075-461-5152

※FAX番号の押し間違えにご注意ください!!

令和 年 月 日

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
TEL 075-461-5121 (代)

FAX受付時間：月～金 8:30～17:00
平日17時以降、土・日・祝日の受付分についてのご連絡は、
平日になります。

紹介患者さん事前受付票

● 受診希望診療科：	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	
	<input type="checkbox"/> リウマチ膠原病科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科		
	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 小児神経科	<input type="checkbox"/> 発作科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
	<input type="checkbox"/> 脳神経リハビリテーション科				
● 特殊外来：	<input type="checkbox"/> もの忘れ外来	<input type="checkbox"/> 人工膝関節外来	<input type="checkbox"/> 股関節外来		
	<input type="checkbox"/> ペインクリニック	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸	<input type="checkbox"/> 禁煙外来		
	科		先生		
● 受診希望日：	(第一希望)	令和	年	月	日
	(第二希望)	令和	年	月	日

<患者さんの基本情報>

フリガナ		生 年 月 日		男・女
氏名		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
電話番号		当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	
患者さんは貴院に (外来通院中 / 入院中)		※入院中の場合は、事務担当者をご記入ください。 (部署) (担当者名)		

<紹介目的>

--

<貴院の情報>

名称			
住所			
電話番号		FAX番号	
主治医	先生	担当者	