

京都岡本記念病院 診療申込書

地域医療連携室 宛

FAX **0774-46-7835**

《 地域医療連携室受付時間 》
 月～金曜日 8:30 ～ 20:00
 土曜日 8:30 ～ 17:00
 《24時間受診可能》

※連携室受付時間以外のお申し込みに関しては、翌日または次の業務日でのご連絡となります。

年 月 日

貴院名 _____

医師名 _____

TEL _____

FAX _____

※当院の診察券をお持ちの患者さまは、ID番号と患者氏名欄へのご記入のみで結構です。

《 患者情報 》 京都岡本記念病院のID番号 _____

フリガナ	性別	男・女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日生
患者氏名				
住所 〒 _____				
TEL _____				

《 ご希望 》

希望日	第1希望日			第2希望日			
	月	日	時頃	月	日	時頃	
診療科	<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 内分泌内科	外来		
	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 血液内科				
	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 不整脈・ペースメーカー外来				
	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 末梢血管外来	<input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤外来				
	<input type="checkbox"/> 消化器外科(一般外科兼)	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科				
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 脊髄・脊椎センター	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍外科				
	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 緩和外来				
	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科				
	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 眼科				
	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 物忘れ外来				
	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科						
	希望医師	<input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし					
	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
	傷病名	_____					
	症状等	_____					

事前に『診療情報提供書』をFAXで送信いただけるようでしたらお願い致します。

京都岡本記念病院 地域医療連携室 ☎ 0774-46-5981(直通)