

京都岡本記念病院診療申込書

平成 年 月 日

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時間受信可能》

※受付時間外のお申込みは、翌日または次の業務日のご連絡となります。あらかじめご了承ください。

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番号と患者氏名欄の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 患者氏名	性別	男・女	生年 月日	M・T・S・H 年 月 日生
住 所 〒				
TEL				

《ご希望》

希望日	第1希望日	月	日	時頃	第2希望日	月	日	時頃		
診療科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> もの忘れ外来	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 小児科					
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										

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)