

# 診 察 等 依 頼 票

宇治病院 地域連携室宛

FAX:0774-32-6001 TEL:0774-32-6122

医療機関名	
担当医師名	
TEL	
FAX	

☆患者様が、すでに当院での受診歴のある方で、診察券をお持ちの場合は、当院のID番号を記入して下さい。

受診歴【有・無】 ( )

## <患者様情報>

フリガナ			性別
患者氏名	(旧姓)	男 ・ 女	
生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 ( ) 歳		
住 所	〒 -		
電 話	( ) -	(携帯)	

受診希望日	(第1希望)	年	月	日 ( )	時
	(第2希望)	年	月	日 ( )	時
希望医師	( 医師)				
受診診療科		膠原病内科		整形外科	
		循環器内科		創傷外来	
		脳神経内科		外科	
		消化器内科		泌尿器科	
		呼吸器内科		眼科	
		糖尿病内科		乳腺外科	
		甲状腺外来		婦人科	
病 名					
紹介目的					

保 険 番 号	保険者番号	記号・番号	本人・家族の別
			本人 ・ 家族
公 費	保険者番号	番号	老人保険の負担割合
			1割 ・ 2割 ・ 3割