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		外科
		脳神経内科		泌尿器科
		消化器内科		眼科
		呼吸器内科		乳腺外科
		糖尿病内科		婦人科
		甲状腺外来		睡眠時無呼吸外来
		ペースメーカー外来		
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