

診 察 等 依 頼 票

宇治病院 地域医療連携室

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 分頃			
	(第2希望) 年 月 日() 時 分頃			
希望医師	(医師)			
受診診療科	<input type="checkbox"/>	一般内科	<input type="checkbox"/>	整形外科
	<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	ペイン外来
	<input type="checkbox"/>	脳神経内科	<input type="checkbox"/>	外科
	<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	眼科
	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	乳腺外科
	<input type="checkbox"/>	糖尿病内科	<input type="checkbox"/>	婦人科
	<input type="checkbox"/>	甲状腺外来	<input type="checkbox"/>	泌尿器科
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