洛西ニュータウン病院　地域医療連携室行　　平成　　年　　月　　日

紹介患者様事前受付FAX用紙

FAX　075-332-7255（専用）

紹 介 元（印可）

機関名

担当医師（者）名

〒

住所

TEL

FAX

希望科（○をして下さい）

内科	循環器科	消化器科
小児科	外科	整形外科
皮膚科	眼科	リウマチ・膝【予約制】
婦人科	泌尿器科	耳鼻科
脳外科	形成外科	神経内科
心療内科【予約制】		歯科【予約制】

希望医師

医師

患者さま個人情報　　**受診歴　　有　・　無**　　**ID番号＝**

受診希望日	第1希望日　　年　　月　　日　　第2希望日　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	M・T・S・H 年　　月　　日　　才
氏　名	男 女		
住　所	〒　　ー TEL　　（　　）		

保険情報(初診の場合)＊当院での診察が初めての方は、下記の保険情報に記入して頂くか、保険証のコピーをお送り下さい。

被保険者証	保険者番号		公費負担医療受給者症①	
	記号・番号			
	有効期限	年　　月　　日	公費負担医療受給者症②	
	本人・家族	本　・家　　割負担		
後期高齢者	被保険者番号	39	番号	割負担

洛西ニュータウン病院　地域医療連携室

610-1142京都市西京区大枝東新林町3丁目6番地

電話番号　075-332-0115（直通）

ＦＡＸ　075-332-7255

＊ 当院は、予約制ではありませんのでご了承下さい。
＊ 受付時間等、詳細は診療日程表をご参照下さい。
＊ 来院時は、正面玄関入って右手の医事課でお声をかけて下さい。