

## 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	外科	耳鼻咽喉科
循環器内科	整形外科(月・水・金の完全予約制)	
消化器内科	泌尿器科	皮膚科
神経内科	形成外科	婦人科
脳神経外科	下肢静脈瘤外来	乳腺外来
眼科		

## 希望医師

医師
----

受診希望日	第1希望日 年 月 日( )	第2希望日 年 月 日( )
-------	----------------	----------------

## 患者さま個人情報

フリガナ		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 才
氏名	男 女		
住所	〒 - 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証①	
	記号・番号			
	有効期限	年 月 日	公費負担医療受給者証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

医療法人 清仁会 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)

F A X 075-332-7255

- \* 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。