

**紹介患者様事前受付FAX用紙**  
FAX 075-332-7255 (専用)

**紹介元(印可)**

医療機関名	
御担当医師(者)名	先生
住所	
TEL	
FAX	
送信者御氏名	

**希望科(○をして下さい)**

内科	外科
循環器内科	泌尿器科
消化器内科	形成外科
脳神経内科	皮膚科
眼科	耳鼻咽喉科
整形外科(月・木の完全予約制)	
【専門外来】	
下肢静脈瘤外来(第1・3・5木曜日)	
肛門外来(火曜日)	乳腺外来(水曜日)

<b>主症状・病名</b>	※診療情報提供書をFAXいただければ記載不要です。							
<b>受診希望日</b>	第一希望日	年	月	日( )	第二希望日	年	月	日( )

**患者さま個人情報**

フリガナ			生年月日	T・S・H・R	年	月	日	才
氏名								
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。**

<b>被保険者証</b>	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		
<b>後期高齢者</b>	被保険者番号	<b>39</b>	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

**\* 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。**