

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)	歯科
【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(第2・4金曜日午後)

主症状・病名	※診療情報提供書をFAXいただければ記載不要です。							
受診希望日	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	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

\* 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。