

患者登録票(医療機関専用)FAX 075-751-3115

平成 年 月 日受付

京都大学医学部附属病院
(診療科名)

(担当医もしくは専門部門)

科

宛

(患者データ)

| | | | | | | |
|-----------------------|---------|-----------------------------|---|-----|------------|---|
| フリガナ | | | | 性別 | 実母のカナ名(必須) | |
| 患者氏名 | | | | 男 女 | 例：ハナコ | |
| 生年月日 | 明 大 昭 平 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 才 |
| 郵便番号 | - | 患者電話番号 | - | - | | |
| 患者住所 | | | | | | |
| 京大病院受診歴 '77(S52)以降 | 有・無・不明 | 京大病院診療番号(分かればご記入ください)8桁番号です | - | - | | |

(貴院データ)

| | | | | | | |
|--------|-----|---|---------|--|---|--|
| 貴医療機関名 | | | 診療科 | | | |
| 医師名 | | | 送信者 | | | |
| 貴院電話番号 | - | - | 貴院FAX番号 | - | - | |
| 貴院ご住所 | 〒 - | | | 患者さんは (外来通院中／入院中) 入院中の受診は、別紙入院中の情報提供書も送信してください (本人／家族) が来院 本人がおられなければ、保険証は使えません10割負担です | | |
| 傷病名 | | | | | | |
| 紹介目的 | | | | | | |

専門外来ならびに受診希望日時をご指定ください

| | | | | | | | |
|----------|----|---|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 専門外来 | | | | | | | |
| 受診希望日時 ① | 平成 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 | 30分単位でお願いします。 00分と30分いずれかの表記となります。 |
| 受診希望日時 ② | 平成 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 | |
| 受診希望日時 ③ | 平成 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 | |

- ◎FAX 受信後、内容についてお問い合わせの電話をさせていただくことがあります。
- ◎予約がとれ次第「予約確認票」を送信しますので患者さんに連絡をお願いします。
患者さんは受診日に、必ず「予約確認票」「保険証」「診療情報提供書」(紹介状、X線フィルム等)を持って、予約時間の15分前には②番窓口にお越し願います。当日の予約はできません。
- ◎画像のデータディスク(CD/DVD・DICOM形式)がある場合お送りいただければ、事前に電子カルテに取り込みスムーズな診療が可能です。ございましたら地域連携室宛にご送付ください。
- ◎実母のカナ名は、同じ名前、同一生年月日の方を区別するため**すべての方**にお聞きしています。1977年以降に来院があれば、過去の診療番号を使うためです。お手数をおかけして申し訳ありません。
- ◎セカンドオピニオン(診察・検査は行わず相談のみ)をご希望の場合は、電話でお問い合わせください。

京都大学医学部附属病院 地域医療連携室 FAX(専用)075-751-3115
 (業務時間 8時半～17時) TEL(専用)075-751-3110
 受付時間：9時～16時30分(土日祝・年末年始・6月18日を除く)