

## 患者登録票（医療機関専用）

FAX 075-751-3115

令和 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

※返答待ち状況・・・患者さんは現在（ 貴院で待機中 ・ 帰宅済 ）  
 腫瘍内科・肝胆膵移植外科・精神科神経科・放射線治療科は本票と紹介状を当院で受信後、診療科に確認してからの返答となりますので、お時間がかかります。

フリガナ		性別	実母のカナ名(必須)	
患者氏名		男 女	例：ハナコ (同姓同名の区別のため、確認しています。)	
生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日	年 齡	才
郵便番号	—	患者電話番号	—	—
患者住所				
京大病院受診歴 1977年(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	〒 —		患者さんが貴院入院中の場合、下記を記入下さい
傷病名			1. 当院へは貴院を (退院後に／入院中に)受診 入院中の受診は、別途確認書類の 提出をお願いします。
紹介目的	※ セカンドオピニオン(治療でなく、相談を希望) は、手続きが異なりますので地域医療連携室ま でお電話下さい。		2. 患者さんの移動方法 (車いす／ストレッチャー) ※本人が来院できなければ保険証 は使えず、10割負担となります。

受診希望日時をご指定ください

受診希望日 ①令和 年 月 日		備考
受診希望日 ②令和 年 月 日		
受診希望日 ③令和 年 月 日		

◎予約がとれ次第「予約確認票」をFAX送信しますので患者さんに連絡をお願いします。

◎当日の緊急受診をご希望の方は地域医療連携室までお電話下さい。

◎16時30分以降は、翌診療日の予約はお取りできません。

京都大学医学部附属病院 地域医療連携室 FAX(専用)075-751-3115  
 TEL(専用)075-751-4320  
 受付時間：平日9時～19時30分(土日祝・12/29～1/3を除く)