

診察予約申込票

FAX 送信先 0774-63-6500

〒610-0334 京都府京田辺市田辺中央六丁目 1-6

申込日 年 月 日

医療法人社団石鏡会 京都田辺中央病院

地域医療連携室 御中

直通：0774-64-0444 / 代表：0774-63-1111

貴医療機関名	
所在地	
依頼医師氏名	
TEL・FAX	

フリガナ		性別	生年月日 大・昭・平・令	年齢
患者氏名	氏	男・女	年 月 日	歳
連絡先	※ご本人と連絡が取れる連絡先でお願いいたします。			
予約希望日	第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望	希望なし

現在貴院では、	<input type="checkbox"/> 外来通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	※現在患者様お待ち状態		<input type="checkbox"/> 貴院待機中
診療科	<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科
	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 人工透析内科	<input type="checkbox"/> 外科・消化器外科	
	<input type="checkbox"/> 肛門外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 整形外科（膝・肘 肩・脊椎）	
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 血液内科		
専門外来	<input type="checkbox"/> 物忘れ外来		※診察当日は付添者の同行が必須です。		
	付添者氏名： (続柄：)		付添者連絡先：		
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー外来		※ペースメーカー手帳持参が必須です。		
	<input type="checkbox"/> C-PAP 外来		C-PAP メーカー名：		
	<input type="checkbox"/> 不整脈外来	<input type="checkbox"/> 肝臓外来			
	<input type="checkbox"/> フォーカルセラピー	<input type="checkbox"/> 小児循環器			
	<input type="checkbox"/> 小児アレルギー	<input type="checkbox"/> 小児代謝・内分泌			
<input type="checkbox"/> 赤ちゃんの頭のかたち外来		※母子手帳の持参が必須です。			
希望医師	<input type="checkbox"/> あり (医師) <input type="checkbox"/> なし				
主訴・病名					

- 診察予約受付時間：平日 8：30～19：00 土曜日 8：30～13：00 日祝除く
- 上記受付時間外のお問合せは、病院代表番号までお願いいたします。
- 受付時間外の FAX は、翌日（休日明け）のお取扱いとなります。
- 必要事項をご記入の上、診療情報提供書と共に FAX にてお申込みください。