診 察 等 依 頼 票

宇治病院　医療・福祉・介護支援連携室　FAX：0774-32-6001　TEL：0774-32-6122

医療機関名	
担当医師名	
TEL	
FAX	

☆患者様が、すでに当院での受診歴のある方で、診察券をお持ちの場合は、当院のID番号を記入して下さい。

受診歴【 有・ 無 】　（　　）

＜患者様情報＞

フリガナ			性別
患者氏名		（旧姓）	男　女
生年月日	明　大　昭　平　　年　　月　　日（　　）歳		
住所	〒　　－		
電話	（　　）　　－	（携帯）	

受診希望日	（第1希望） 平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分頃			
	（第2希望） 平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分頃			
希望医師	（　　医師）			
受診診療科		一般内科		整形外科
		循環器内科		ペイン外来
		神経内科		外科
		消化器内科		眼科
		呼吸器内科		乳腺外科
		糖尿病内科		婦人科
		甲状腺外来		泌尿器科
病名 紹介目的				

保険番号	保険者番号	記号・番号	本人・家族の別
			本人　・　家族
公費	保険者番号	番号	老人保険の負担割合
			1割　・　2割　・　3割