

紹介患者様事前受付票

FAX (075) 441-4913

社会保険京都病院 地域医療連携室

受診希望日 年 月 日 () 午前・午後

科

先生

患者様個人情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	M.T.S.H. 年 月 日生
〒		TEL ()	
住所			

すでに社会保険京都病院での受診歴のある方で、当院の診察カードをお持ちの方は ID 番号を記入して下さい。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

患者様保険《被保険証》

保険者番号									
記号	番号								
資格取得月日		年		月		日			
有効期限		年		月		日			
被保険者氏名						続柄			
一部負担金の割合	割								

《公費負担医療受給者証》

負担者番号										前期高齢者	後期高齢者
受給者番号								/		医療受給者	医療受給者
有効期限		年		月		日			1割・3割	1割・3割	

該当する項目に を付けてください。

* 患者様がお待ちになっている等 FAX 受診後、直ちに連絡の必要がありますか？
あり

通信欄

(紹介元医療機関の所在地・名称・TEL・FAX・担当医名は必ずお書き下さい。)

--