

送信FAX番号：075-275-7431

※FAX番号の押し間違えにご注意ください!!

令和 年 月 日

宇多野病院

地域医療連携室 宛

〒616-8255

京都市右京区鳴滝音戸山町8

TEL 075-461-5152（直通）

FAX受付時間：月～金 8：30～17：00
平日17時以降、土日祝の受付分についてのご連絡は、
平日になります。

紹介患者さん事前受付票

- 受診希望診療科：
☐内科 ☐消化器内科 ☐循環器科 ☐呼吸器科
☐リウマチ膠原病科 ☐整形外科 ☐脳神経外科
☐神経内科 ☐小児神経科 ☐発作科 ☐泌尿器科
☐脳神経リハビリテーション科
- 専門外来：
☐もの忘れ外来 ☐摂食・嚥下センター ☐発達障害外来
☐ペインクリニック ☐睡眠時無呼吸 ☐変形性膝関節症外来
- 科 先生
- 受診希望日：
(第一希望) 令和 年 月 日
(第二希望) 令和 年 月 日

<患者さんの基本情報>

フリガナ		生 年 月 日	男・女
氏 名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
電話番号		当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明
患者さんは貴院に (外来通院中／入院中)		※入院中の場合は、事務担当者をご記入ください。 (部署) (担当者名)	

<紹介目的>

--

<貴院の情報>

名 称			
住 所			
電話番号		FAX番号	
主治医	先生	担当者	

令和7年11月7日更新