診 療 予 約 申 込 書

社会福祉法⼈京都悠仁福祉会 京都認知症総合センタークリニック

TEL：０７７４−２５−１１１０ FAX：０７７４−２５−１１０８

ご紹介患者様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ⽒名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 |  |  |  |  |  |  | 男 |  |  | ・ |  |  | ⼥ |  |  |
| ⽣年⽉⽇ |  | ⼤ | ・ | 昭 | ・ | 平 |  | ・ | 令 |  |  | 年 |  | ⽉ | ⽇ |
| 住所 | 〒 |  |  | — |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TEL | （ |  |  |  |  | ） |  |  |  |  | — |  |  |  |  |

**紹介元医療機関** ※⽇程が決まりましたらご連絡いたしますので必ず連絡先のご記⼊をお願いいたします

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 診療科 |  |
| 医師名 |  |
| 所在地 | 〒 ― |
| TEL | （ ） ― |
| FAX | （ ） ― |

診療予約希望⽇

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第１希望 | 年 ⽉ ⽇ | AM ・ PM |
| 第２希望 | 年 ⽉ ⽇ | AM ・ PM |
| 第３希望 | 年 ⽉ ⽇ | AM ・ PM |
| 備考 |  | |

受診時にご持参いただくもの

* マイナンバーカード（⼜は健康保険証）
* 介護保険証
* おくすり⼿帳（ない場合は処⽅歴がわかる資料)
* 紹介状（診療情報提供書）