

診療申込書(新来)

REGISTRATION FORM [Initial Visit]

(京大病院初めての方)

赤枠内のみ記入してください。

Please fill in the columns within a red frame.

京都大学医学部附属病院

診療番号	— —			受付年月日 Date	年 Year	月 Month	日 Day	
フリガナ					性別 Sex	実母の名(カナ) Mother's Name		
患者氏名 Name					男 M	女 F	※必須	
生年月日 Date of Birth	大 T	昭 S	平 H	令 R	年 Year	月 Month	日 Day	
郵便番号 Zip Code	□□□□			電話番号 Phone Number	()	—		
				携帯番号	()	—		
現住所 Address								
紹介状 Letter of Reference	紹介状をお持ちの方は有、お持ちでない方は無を○で 囲んでください。				有 Yes	無 No		
傷病原因 The cause of sickness and wound	該当する項目全てに○を付けてください。				1. 業務上(工作中)	2. 通勤途上	3. 交通事故	4. 左記以外

受診科(本日受診を希望される診療科を○で囲んでください。) Please turn over.

内 科				外 科			そ の 他				
03	20	25	28	17	22	31	06	07	08	09	10
循環器科	血液内科	消化器科	免疫・ 膠原病科	脳神経 外科	心臓血管 外科	消化管 外科	眼 科	産 科 婦 人 科	小 児 科	皮 膚 科	泌尿器科
29	30	35	38	32	33	34	11	12	13	14	15
腎臓科	腫瘍内科	脳神経 内 科	呼吸器科	乳腺外科	肝胆臓・ 移植外科	小児外科	耳鼻咽喉科・ 頭頸部外科	整形外科	精神科 神経科	歯 科 口腔外科	放射線 治療科
48	97			39			16	19	41	45	
糖尿病・内分 泌・栄養科	高齢者医療 ユニット			呼吸器 外 科			麻 酔 科	形成外科	外来がん 診療部	リウマチ センター	

※紹介状をお持ちでない場合は診察をうけていただけない診療科があります。
あらかじめご了承ください。

日本の健康保険をお持ちでない方は
必ず下欄を記入下さい。

If you do not have Japanese health
insurance, you need to fill out the
form below.

(備 考)

◎ 当院は主に高度・先端医療を提供する『特定機能病院』として
承認されており、受診される場合は原則、他の医療機関からの紹
介状(診療情報提供書)等が必要です。

なお、初めての方で紹介状をお持ちでない場合は、初診料の他
に保険外併用療養費(選定療養費)5,500円をご負担いただくこ
とになりますので、ご承諾ください。

初診料取り扱いに係る保険外併用療養費(選定療養費)の
料金(5,500円)を支払うことに同意します。

氏 名

国 籍 Country of nationality	1. 日本 Japan	2. 日本以外 Other ()
----------------------------------	----------------	-------------------------

事務 通信 欄	受 付	登 録	確 認

〔紹 介 状〕

病院

から

医院

先生 宛