

# 診療予約申込書

FAX 0774-25-1108

氏名			
性別	男 ・ 女		
生年月日	T・S・H	年	月 日
住所	〒 -		
電話番号			
かかりつけ医 の診療所			
診察予約 希望日	第一希望	年 月 日	AM ・ PM
	第二希望	年 月 日	AM ・ PM
	第三希望	年 月 日	AM ・ PM

## 受診時にお持ちいただくもの

- 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
- かかりつけ医の紹介状（診療情報提供書） ※あればご提出ください。
- 日程が確定しましたらご連絡いたしますので必ず、電話番号をご記入ください。

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  
〒611-0021 京都府宇治市宇治里尻 36-35  
TEL. 0774-25-1110 FAX. 0774-25-1108

受付印

受付印