

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）