

外来診察・検査依頼書(FAX送信票) 平成 年 月 日

紹介医療機関名 (科・医師名)
TEL - - FAX - -

ふりがな	姓	名	特記事項
患者氏名			<input type="checkbox"/> 貴院入院中

生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女
------	--

ご住所	〒 - - 近江八幡市 東近江市 竜王町 その他(市・町・郡)
	TEL (- -)

診療科	診察・検査 希望日	<input type="checkbox"/> 救急
希望医師名	<input type="checkbox"/> 本日希望 第1希望日 月 日 () 第2希望日 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 救急車 ・ <input type="checkbox"/> 自車 () 医師に 連絡済

診察依頼	紹介目的 (簡単で結構です。)
------	-----------------

検査依頼	検査名
------	-----

該当するものに必ず○をつけて下さい。

・健康保険 ・生保 ・交通事故(受傷日 / /) ・労災保険(予定)

・自費(保険未加入) ・第三者負担行為 ・その他()

本院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり	旧姓 ()
診察券番号 ID ()	旧姓の受診歴がある様でしたらお願いします

お問い合わせ先 : 近江八幡市立総合医療センター 患者総合支援課
 ご不明な点がございましたら下記連絡先までお願いします。

受付時間 平日(月~木) 8時30分から17時まで (金) 8時30分から19時まで
 土曜日 8時30分から12時まで

TEL 0748 - 33 - 3151 (代表)
 0748 - 31 - 1204 (直通)
 FAX 0748 - 31 - 1205