

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			
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	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	<input type="checkbox"/> (            ) 医師に
		第1希望日            月            日 (            )	連絡済
		第2希望日            月            日 (            )	
診察依頼	紹介目的 (簡単で結構です。記載をお願いします)		
検査依頼	検査名		

**患者情報につきましてご記入をお願いします。**

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	・第三者により怪我
・労災保険(予定)	・自費(保険未加入)
・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 (            )
( ID            )	旧姓の受診歴がある様でしたらお願いします
本院は、全科共通、診察券番号は永久使用で運用しています。分かれば記入をお願いします。	

近江八幡市立総合医療センター 地域医療課	
ご不明な点は地域医療課までお問い合わせ下さい。	
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)	内線 1140
0748 — 31 — 1204(直通)	
FAX 0748 — 31 — 1205	
* 予約枠に空きがなくご希望の日・日に診察予約をお取りできない場合は、ご相談させていただきますのでご了承下さい。なお、紹介状は患者様にお渡し頂き、当日、紹介受付(総合受付の一番左側)にお出し頂きますようお願い申し上げます。	