近江八幡市立総合医療センター 地域医療課　　FAX 0748-31-1205

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			□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 科 希望医師名	診察・検査　希望日 □本日希望 第1希望日　月　日（　） 第2希望日　月　日（　）		□救急 □救急車 ・ □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　・第三者負担行為　・労災保険（予定）

・自費（保険未加入）　・その他（　）

本院受診歴　□なし　□不明　□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 地域医療課

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

H27．4