

外来診察・検査依頼書(FAX送信票)

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・令	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	□救急
希望医師名	<input type="checkbox"/> 科 <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 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

外国の患者さん 日本語話せる 受診時通訳同伴有 日本語話せない、受診時通訳同伴無

【お問い合わせ先】

(受付時間)

月・水・木曜日 : 8時30分 ~ 17時
 火・金曜日 : 8時30分 ~ 19時
 土曜日 : 8時30分 ~ 12時

(患者総合支援課)

TEL 0748 - 31 - 1204
 FAX 0748 - 31 - 1205

左記受付時間外のお問い合わせと救急受診のご依頼は下記までお願いします。

TEL 0748 - 33 - 3151(代表)