

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	<input type="checkbox"/> 救急
科	<input type="checkbox"/> 本日希望	<input type="checkbox"/> 救急車 ・ <input type="checkbox"/> 自転車
希望医師名	第1希望日 月 日 ()	() 医師に
	第2希望日 月 日 ()	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 : 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