

診察 ・ 検査 依頼書 (FAX送信票)

紹介医療機関名	
医 師 名	
連 絡 先	
TEL:	FAX:

診察 依頼	診療科	<input type="checkbox"/> 滋賀脊椎センター	<input type="checkbox"/> ( )
	担当医	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 医師指定( ) 医師)

検 査 依 頼	上部消化管内視鏡 (別紙依頼書をご使用ください。)		
	<input type="checkbox"/>	上部消化管内視鏡 鎮静剤希望(内科受診予約)	
	<input type="checkbox"/>	下部消化管内視鏡(内科受診予約)	<input type="checkbox"/> 胃ろう交換
	<input type="checkbox"/>	心エコー (身長          cm 体重          kg)	<input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 腹部エコー

日程	ご都合の悪い日や曜日( )
紹介目的	

患者基本情報

フリガナ		性 別
患 者 氏 名	旧姓( )	男 ・ 女
生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令          年          月          日	(          歳)
住 所		
電 話 番 号	TEL ( )	
<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

日野記念病院 地域医療連携室

FAX 0748-53-1509

TEL 0748-53-1222 (直通)

0748-53-1201 (代表)

【受付時間】 平日 8:30~17:00

土曜 8:30~12:15

(時間外は翌日の返送になります)