

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	☐ 滋賀脊椎センター ☐ () (歯科・歯科口腔外科に関してのご紹介は0748-53-2655にご連絡下さい。)
	担当医	☐ 指定なし ☐ 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。)	
	☐ 上部消化管内視鏡 鎮静剤希望 (内科受診予約)	
	☐ 下部消化管内視鏡 (内科受診予約) ☐ 胃ろう交換	
	☐ 心エコー (身長 cm 体重 kg) ☐ 脳波 ☐ 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 ()	
・健康保険 ・生保 ・交通事故 ・労災保険 ・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)