

琵琶湖大橋病院

診療・各種検査依頼書 (FAX送信票)

* FAX 077-571-2118

医療機関名・医師名	
電話	FAX

受診 診療科	科	担当	医師
診療希望日時			
第1	月	日	(:)
第2	月	日	(:)
第3	月	日	(:)

入院希望	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 受診当日	<input type="checkbox"/> 一般病棟
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 受診後決定	<input type="checkbox"/> 医療養棟

受診・検査依頼目的	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> ABI
	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> ホルターEKG
	<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ
	<input type="checkbox"/> 心・腹・その他()	<input type="checkbox"/> トレッドミル
	<input type="checkbox"/> 内視鏡	
	<input type="checkbox"/> その他	

患者様基本情報

フリカナ		性	被保険者	続柄
患者様氏名		男 女		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
住所	〒			
	TEL			

保険者番号		第1公費	
記号			
番号		第2公費	
資格取得			
高齢者負担割合	* 割	福	
保険負担割合	* 割		

まずはお電話にてご連絡ください。

〒520-0232

大津市真野5-1-29

琵琶湖大橋病院

地域包括ケア推進部 地域連携課

TEL 077-573-4321

専用 FAX 077-571-2118