

琵琶湖大橋病院 診療・各種検査依頼書

FAX 077-573-8790 【平日 9:00~19:00 土曜日 9:00~12:30】

時間外 FAX 077-571-2118

2020.12.1改訂

医療機関名	
医師名	担当者名
電話	FAX

本日希望 () 科) 来院方法 自家用車 救急車

診察予約 科	希望日時	希望日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		① 月 日 ()
		② 月 日 ()
科	医師	③ 月 日 ()

検査依頼 <input type="checkbox"/> CD-R当日希望		※造影検査の同意書は事前にFAXで送信下さい。	
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	希望日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	① 月 日 ()
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 造影		
<input type="checkbox"/> 超音波検査 ()		希望日時	③ 月 日 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()			

紹介目的(部位・症状・病名等)

紹介状参照 外来通院中 入院中 【入院希望 あり なし (ご希望に添えない場合は、ご了承下さい。)]

患者様基本情報 受診歴【あり (ID) なし】 不明

フリカナ		性	被保険者	続柄
患者様氏名		男 女		
生年月日	大・昭・平・令	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			

〒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	【対応時間内】	【時間外】
	TEL 077-572-8820	※TEL 077-573-4321
	FAX 077-573-8790	※FAX 077-571-2118
	平日 9:00~19:00	
	土曜日 9:00~12:30	