

病院代表電話

TEL 077-573-4321

地域連携課

TEL 077-572-8820 (対応時間外は代表電話に転送されます。)

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|--|-----------------------------------------------------------------|--|
| 医療機関名 | | 医師名 | | 担当者名 | |
| 電話 | | FAX | | | |
| <input type="checkbox"/> 本日希望 () | | 科 | | 来院方法 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 救急車 | |
| 診察予約 (外来担当医師一覧をご確認下さい。) | | 希望日時 | | 希望日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 科 | | 医師 | | ① 月 日 () | |
| | | | | ② 月 日 () | |
| | | | | ③ 月 日 () | |
| 検査依頼 <input type="checkbox"/> CD-R当日希望 【当院検査項目一覧表をご確認ください。】 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> 単純 | (部位) | | 希望日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> 造影 | | | ① 月 日 () | |
| <input type="checkbox"/> 超音波検査 () | | 希望日時 | | ② 月 日 () | |
| <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (食道・胃・十二指腸)《 経鼻 経口 》 | | | | ③ 月 日 () | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 紹介目的(部位・症状・病名等) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 紹介状参照 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 【入院希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 | | |
| 枝番 | | | | |
| 高齢者負担割合 | * 割 | 福 | | |
| 保険負担割合 | * 割 | | | |

〒520-0232

【対応時間内】

【時間外】

大津市真野5-1-29

TEL 077-572-8820

※TEL 077-573-4321

琵琶湖大橋病院

FAX 077-573-8790

※FAX 077-571-2118

地域包括ケア推進部

平日 9:00~17:00

地域連携課

土曜日 9:00~12:30