

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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
希望日時	① 月 日 ()
	② 月 日 ()
	③ 月 日 ()
科	医師
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	
<input type="checkbox"/> 超音波検査 ()	希望日時
<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (食道・胃・十二指腸)《 経鼻 経口 》	① 月 日 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()	② 月 日 ()
	③ 月 日 ()
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 8:30~17:00

地域連携課

土曜日 8:30~12:45