（FAX送信票）

東近江市立能登川病院　地域医療連携室　宛　　FAX　0748－42－6411

診察・その他依頼書（診療情報提供書）　年　月　日

紹介医療機関名
（診療科・医師名）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科　　医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
TEL　　FAX

ふりがな
患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿　　性別　□男 ・ □女
生年月日　T・S・H・R　年　月　日　＿＿＿歳
〒
住所
TEL

該当するものに ☑をお願いします
□健康保険　□生保　□交通事故　□労災保険　□その他（　　）
本院受診歴　□あり　□なし　□不明　＊受診歴のある方のみ → 旧姓（　　）

【診察・検査】
希望診療科＿＿＿＿＿＿＿＿　希望医師名＿＿＿＿＿＿＿＿　□指定なし

□ MRI ・ □ CT （ 単純 ・ 造影 ）　部位（　　）
□ DXA → （ 身長　　体重　　）

希望日　□ 本日希望 →　＊来院方法　□行政の救急車 ・ □その他（　　）
無 ・ 有 ⇒　第1希望　月　日（　）
第2希望　月　日（　）

＊紹介目的（病名・症状）

お問い合わせ先 ： 東近江市立能登川病院 地域医療連携室
TEL 0748－42－1111　FAX 0748－42－6411
＊受付時間 （月～金）8:30～17:00（土）8:30～12:15（年末年始、祝日を除く）
時間外の受付につきましては、翌診療日のお返事になります。