

(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		
連絡先	(TEL)	(FAX)	

ふりがな		旧姓	<input type="checkbox"/> 入院中
患者氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳
住所	〒		
	(TEL)	(携帯)	
保険情報	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> その他()		
本院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		

【診察・検査】	希望診療科	希望医師名	<input type="checkbox"/> 指定なし
	<input type="checkbox"/> MRI ・ <input type="checkbox"/> CT (単純・造影) → 部位()		
	<input type="checkbox"/> DXA →(身長 体重)		
希望日	<input type="checkbox"/> 本日希望 *来院方法 → <input type="checkbox"/> 行政の救急車 ・ <input type="checkbox"/> 自家用車 ・ その他()		
無 ・ 有	()医師に連絡済み		
	第1希望	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 予約済み
	第2希望	月 日 ()	
* 紹介目的(病名・症状)			

受付時間 (月～金) 8:30～17:00
(土)第2.4 8:30～12:15 (年末年始、祝日を除く) ※第1.3.5土曜日は時間外となります。
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。
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