

診察・検査 依頼書 (FAX送信票)

令和 年 月 日

紹介医療機関名	
医師名	TEL (- -)
連絡先	FAX (- -)
診察・検査 依頼 (○をつけてください)	内科 ・ 総合診療科 超音波検査【 腹部 ・ 頸部 ・ 心臓 】 ・ 骨密度 (DXA) 胃内視鏡検査【 経口 ・ 経鼻 】 ・ マンモグラフィー 大腸内視鏡検査 ・ 大腸CT ※大腸内視鏡・大腸CT検査は、事前外来受診時に検査日の相談をさせていただきます。
	CT【 頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ その他 () 】 造影 (あり ・ なし) 血管造影 (あり ・ なし) ※造影剤使用の場合は、同意書をお願いします。
希望日	第1希望 (月 日 曜日) ・ 希望なし 第2希望 (月 日 曜日)
医師指定	なし ・ あり (医師)
紹介目的	

患者様情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
住所 電話番号	〒 TEL (- -)		
保険番号		公費番号	
保険者番号			
記号			
番号		福祉番号	
本人・家族区分	本人 ・ 家族		
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		
当院受診歴	なし ・ 不明 ・ あり (ID)		

東近江市蒲生医療センター 地域連携 受付時間 月曜日～金曜日 午前8:30から午後5:00まで

TEL 0748-55-1175 (代表) FAX 0748-55-1178 (代表)

TEL 0748-55-1179 (直通)

※ご希望日に予約をお取りできない場合は、ご相談させていただきます。

※受診予約票と紹介状を患者様にお渡し頂き、当日外来受付にお越しくださいますようお願いいたします。