

## 診察・検査 依頼書 (FAX送信票)

令和     年     月     日

紹介医療機関			
医師名			
連絡先	TEL (        -        -        )		
	FAX (        -        -        )		
診察依頼 (○を記入)	内科・泌尿器科・整形外科・皮膚科・その他【        】		
検査依頼 (○を記入)	超音波検査【腹部・頸部・心臓】	骨密度【診察あり・診察なし】	
	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検査	
	※大腸内視鏡検査および大腸CT検査は、事前に内科診察が必要です。		
	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)		
<b>【紹介目的】</b>			

### 患者さん情報

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	番号	枝番	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医療連携室

#### 【受付時間】

月～金 8：30～17：00 → TEL 0748-55-1179 (連携室直通)

土 9：00～12：00 → TEL 0748-55-1175 (代表)

※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さんにお渡しいただき、当日外来受付へお持ちいただくようお願いいたします。