

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・乳腺外科・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。 ※現在はポリープ切除や鎮静での胃・大腸内視鏡は行っておりません。
	CT【頭部・胸部・腹部・その他()】 造影(あり・なし) 血管造影(あり・なし)
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	大・昭・平・令 年 月 日
氏名		男・女	
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 平日の月～金 8：30～17：00】

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いただき、当日外来受付へお持ちいただくようお願いください。