

滋賀県立総合病院 地域医療連携室 あて(FAX:077-582-9712)

ゲノム外来申込書

紹介元医療機関名		診療科名		科					
		医師名							
TEL	-	-	FAX	-	-				
病名				画像データのCD-R等					
				枚					
診察希望日時 (基本的には金曜日 13:00~14:00、14:00~15:00)									
第1希望	月	日	時	分	第2希望	月	日	時	分
第3希望	月	日	時	分	第4希望	月	日	時	分

患者基本情報					
区分	<input type="checkbox"/> 入院中(貴医療機関に入院中の場合チェックをお願いします) <input type="checkbox"/> ご家族のみ受診				
ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名		生年月日		年 月 日	
住所	〒		電話(連絡先)		
本院診察券の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診察券番号)					
* 本院は、全科共通1患者様において、診察券番号は永久使用で運用しております。					
保険情報					
被保険者名		保険者番号			
記号		番号			

お問い合わせ先 滋賀県立総合病院(地域連携専用) TEL 077-582-9711