

※検査は別紙「検査申込書」にお願いします。

滋賀県立総合病院 地域医療連携室 あて(FAX:077-582-9712)

診 察 申 込 書

令和元年5月改訂

紹介元医療機関名		医師名	
TEL	-	FAX	-
診療科	希望の医師名		
紹介依頼目的(病名や症状)		画像データのCD-R等の有無	
		有・無	枚
診察希望日時 *セカンドオピニオン外来の場合は、専用の申込みをお願いします。			
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	年 齢
氏 名		男・女	歳
住 所	〒	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和
		電 話 (連絡先)	年 月 日
本院診察券の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診察券番号 (旧姓:))			
*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