市立湖北病院　診療依頼書（FAX送信票）

☐ 外来患者
☐ 入院中
☐ 入所中

様式1

地域連携室 宛　　平成　　年　　月　　日

紹介元医療機関名・医師氏名	
	TEL（　　）　　－
	FAX（　　）　　－

紹介目的			来院方法	
	☐ 入院（開放型病床はありません） 診療科	希望日時：　月　日　時 医師		救急車
	☐ 診察 診療科	希望日時：　月　日　時 医師		
	☐ 検査 検査名	希望日時：　月　日　時 部位　撮影方法：単純・造影・併用		その他
	感染症検査：無・有　HBsAg（　　）　HCV（　　）　ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰまたは体内金属：無・有			

ふりがな		性	被保険者氏名	続柄	当院受診歴
患者氏名		男女			有・無
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日　歳	TEL（　　）　－			当院入院歴
住所	〒　－				有・無

保険情報			公費		
	保険者番号			負担者番号	
	記号			受給者番号	
	番号		福	記号	
	資格取得	昭・平　年　月　日		番号	

傷病名				
現在の症状		寝たきり	あり・なし	事故
		認知症	あり・なし	労災
		自立	可・否	生保

市立湖北病院　地域連携室

〒529-0493　滋賀県長浜市木之本町黒田1221

FAX　（0749）－82－3646

TEL　（0749）82－3360（直通）
（0749）82－3315（代表）

【受付時間】

- 8:30～17:00（日・水・祝祭日・年末年始を除く）
- 受付後、受付確認票をFAXにて返送します。
（時間外・休診日は、翌診療日の返送になります。）

【用紙の使用方法】

1．様式1は、入院、診察、検査を当院に予約依頼していただく時に患者紹介依頼書としてご記入の上、当院、「地域連携室」へFAXで送信してください。
2．様式2は、診療情報提供書として、患者様が当院へ来院される時にご持参いただくようお願いします。
3．様式3は、紹介元医療機関の控えにしてください。