

診察予約申込書 (FAX送信票)

国立病院機構 東近江総合医療センター 地域医療連携室宛
(FAX 0748-22-5626 / TEL 0748-22-3111)

※FAXでの受付は、平日8:30~17:00迄です。時間外の申し込みに
つきましては、恐縮ですが翌診療日の返信になりますのでご了承願います。

申込医療機関名
医 師 名
T E L
F A X

令和 年 月 日

患者様事項

(氏名には必ずフリガナをお付けください)

フリガナ

氏 名

性 別 男 ・ 女

生年月日

T・S・H・R

年

月

日生 (歳)

〒

—

住 所

T E L

—

—

※今までに東近江総合医療センター (旧・国立滋賀病院) の受診はありますか?

ある

旧姓 ()

ない

ご希望日

(曜日のみのご希望でも結構です)

無 ・ 有 ⇒

- ・ 第1希望 (月 日 曜日)
- ・ 第2希望 (月 日 曜日)
- ・ 本日希望

救急車 病院搬送車 自家用車 その他 () 来院所要時間 分

診療科

(ご希望の診療科を○で囲んでください。)

内 科 (総合内科)	神経内科	糖尿病・ 内分泌内科	循環器内科	呼吸器内科
消化器内科	血液内科	小 児 科	外 科	整形外科
呼吸器外科	脳神経外科	心臓血管外科	皮 膚 科	泌尿器科
産婦人科	眼 科	耳鼻咽喉科	放射線科	歯科口腔外科

医師の指定

無 ・ 有 ⇒ 医師名

*症状により当日の診療科が変わる場合がございますのでご了承願います。

※診療科の指定がない場合は、お時間をいただくことがあります。

病状等

新型コロナウイルス感染症の疑い症状 (有・無) ※ 院内移動手段 (車椅子・ストレッチャー)

開放型病床利用