

FAX専用

必要事項をご記入の上、
「診療情報提供書」と
患者さんの
保険情報を添えて
送信してください。

静岡済生会総合病院 地域連携室行き

FAX:054-280-5050

※静岡済生会療育センター令和へご紹介いただく場合は、お申し込み方法が異なります。
詳しくは、55ページをご参照ください。



病診連携受診申込書

医療機関名/紹介医ご芳名/所在地・連絡先

--

患者氏名	フリガナ	性別	男・女
	() 旧姓がありましたらご記入ください。	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
住所	〒 ー 市・区	電話連絡先	自宅 携帯
受診歴 (静岡済生会総合病院)	<input type="checkbox"/> あり (ID:)		<input type="checkbox"/> なし
紹介診療科名			科
受診希望医師	<input type="checkbox"/> あり (医師)		<input type="checkbox"/> なし
受診希望日	第1希望: 月 日 (曜日)	第2希望: 月 日 (曜日)	
特記事項 (症状、ご都合の悪い日など)	現在患者さんが <input type="checkbox"/> 外来でお待ちです <input type="checkbox"/> ご帰宅		
	<input type="checkbox"/> 救急外来行 (救急患者紹介の場合はこちらにチェックを入れてください) ・来院方法 (<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自力) ・救急外来への連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		

- 申し込み時に「診療情報提供書」が間に合わない場合は、受診日前までに「診療情報提供書」をお送りください。
- 申し込み受付後、当院で予約日時を決定し、地域連携室より「予約日連絡票」をFAXで返信いたします。
- 診察時間は、診療状況(患者さんの状態など)や追加検査等で大幅に遅れる場合がございます。
(診察後の予定を入れずに来院される事をおすすめします。)
- 不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

地域連携室【直通】TEL:054-280-5040

申込書はHPからもダウンロードいただけます▶

