

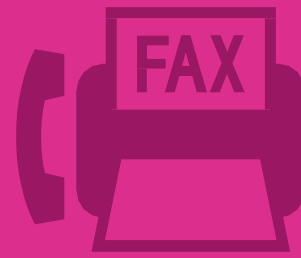
FAX専用

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 ()旧姓がありましたらご記入ください。	性別 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R	生年月日 年 月 日
住所	〒		
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		
ふじのくに ねっと参加 施設記入欄	同意	<input type="checkbox"/> 上記患者に情報閲覧の同意を得ましたので、患者の医療に資するため、ふじのくにねっとによる情報開示を依頼します。	
	開示開始	<input type="checkbox"/> 外来受診日から <input type="checkbox"/> 入院日から <input type="checkbox"/> 期間指定 年 月 日から	
	※開示施設のみ記入	上記患者の当院の情報は、ふじのくにねっとにより <input type="checkbox"/> 開示済み <input type="checkbox"/> 開示予定 <input type="checkbox"/> 非開示(患者不同意)です。	

- 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。

申込書はHPからもダウンロードいただけます

