

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、48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	〒 市・区			
電話連絡先	自宅	携帯		
受診歴 (静岡済生会総合病院)	☐ あり (ID :)		☐ なし	
紹介診療科名	科			
受診希望医師	☐ あり (医師)		☐ 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 ☐ 外来でお待ちです ☐ ご帰宅			
	☐ 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 ☐ 救急車 ☐ 自力		救急外来への連絡 ☐ 済 ☐ 未	
ふじのくに ねっと参加 施設記入欄	同意	☐ 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	☐ 外来受診日から ☐ 入院日から ☐ 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 ☐ 開示済み ☐ 開示予定 ☐ 非開示 (患者不同意)		

- 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) や追加検査など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】 ☎ 054-280-5040

申込書は HP から
ダウンロードいただけます

