FAX
専用

静岡済生会総合病院 地域連携室行き
FAX:054-280-5050

静岡済生会総合病院では、ご紹介いただいた患者さんの経過や治療内容について、できる限り担当医より文書にてご報告させていただくよう努めております。
万が一、報告書等が届いていない場合は、お手数をおかけしますが、この申込書に必要事項を記入の上、地域連携室にFAXで送信をお願いいたします。地域連携室で対応させていただきます。

経過問い合わせ申込書

医療機関名／ご芳名／所在地・連絡先

FAX送信日
年　月　日

①	患者氏名	フリガナ	性別	□男 ・ □女
			生年月日	□M・□T・□S・□H・□R 年 月 日
	おわかりになれば 静岡済生会総合病院ID:		ご紹介日:	ご紹介診療科:
②	患者氏名	フリガナ	性別	□男 ・ □女
			生年月日	□M・□T・□S・□H・□R 年 月 日
	おわかりになれば 静岡済生会総合病院ID:		ご紹介日:	ご紹介診療科:
③	患者氏名	フリガナ	性別	□男 ・ □女
			生年月日	□M・□T・□S・□H・□R 年 月 日
	おわかりになれば 静岡済生会総合病院ID:		ご紹介日:	ご紹介診療科:

＜備考＞

静岡済生会総合病院
地域医療センター地域連携室
TEL：054-280-5040（受付時間/月～金曜日　8:30～18:00）
FAX：054-280-5050

※上記以外の時間および土・日・祝につきましては、翌診療日の対応となりますので、ご了承ください。

申込書はHPからもダウンロードいただけます

2024.12