**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。

**:**

静岡済生会総合病院 地域連携室行きく

**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。

**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

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 | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | M ・ T ・ S ・  H ・ R |
| 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） | | | 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）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** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024.12