**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