

**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

* 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 からもダウンロードいただけます**

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、 開示済み 開示予定 非開示（患者不同意） ふじのくにねっとにより**

医療機関名／紹介医ご芳名／所在地・連絡先