

静岡赤十字病院 紹介予約受診申込書

(医療機関名) _____

(所在地・連絡先) _____

(紹介医御芳名) _____

フリガナ		患者様連絡先電話番号
患者氏名		()
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (男・女)	
患者住所	静岡 市・郡 葵区 駿河区 清水区 町	
	電話 ()	
紹介科名	科	
受診希望医師名	特に希望のある場合はご記入ください 医師 ※初診・再診が設定されている科は原則初診担当医となります	
受診希望日	特に希望のある場合はご記入ください 月 日 (曜日) ※受診希望医が初診担当でない場合、調整が必要となりますのでお返事 まで多少お時間をいただきます	
症状等	① 紹介状のとおり ② 下記のとおり (いずれかに○)	
その他特記事項		

- この用紙に、患者様の①紹介状と②保険情報を添えて、FAXで当院 地域医療連携課あて送信してください。
- 紹介状が未完成の場合は、症状等の記載をお願いします。紹介状が完成した時点で受診日前日までに FAX 送信してください。
- 予約が完了後、地域医療連携課より「予約通知票」を返信します。患者様は、①紹介状と②「予約通知票」を受診当日にお持ちください。

(連絡先)

◎ 地域医療連携課 受付時間(平日 8:15~19:00 土・日・祭日を除く)

TEL(直通) 054-260-7634

FAX(直通) 054-253-8393

《緊急を要する場合》

◎救命救急センター

TEL(代表) 054-254-4311 (内線:8888)

TEL(医師直通) 054-253-8486