

静岡県赤十字病院 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・R 年 月 日	(男・女)
患者住所	〒	
紹介科名	科	
受診希望医師名	特に希望のある場合に記載してください ※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 医師	
受診希望日	特に希望のある場合に記載してください 第1希望 月 日 (曜日) 第2希望 月 日 (曜日) 第3希望 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 8:15～18:30 土・日・祝日を除く)

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)