

経過問合せ申込書

静岡赤十字病院では、ご紹介いただきました患者さんの経過及び治療内容につきましては、担当医師より紹介元の先生方へご報告させていただくよう努めております。

もし、報告書等が届いていない場合がございます。お手数をお掛け致しますが、こちらの申込書に必要事項をご記入いただき、地域医療連携課にFAX送付をお願い致します。

担当医師に早急に連絡し、対応させていただきます。

申込み医療機関名

所在地・連絡先

依頼医御芳名

経過問合せ患者情報（お手数ですが、ご記入をお願い致します）

①	フリガナ			
	患者氏名			
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月 日（男・女）
	おわかりになれば	・日赤ID:	・ご紹介日: 年 月 日	・ご紹介診療科: 科
②	フリガナ			
	患者氏名			
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月 日（男・女）
	おわかりになれば	・日赤ID:	・ご紹介日: 年 月 日	・ご紹介診療科: 科
③	フリガナ			
	患者氏名			
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月 日（男・女）
	おわかりになれば	・日赤ID:	・ご紹介日: 年 月 日	・ご紹介診療科: 科

◎申込書はHPからもダウンロードいただけます。



静岡赤十字病院 地域医療連携課

TEL : 054-260-7634 FAX : 054-253-8393