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	
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（いずれかに〇）	
その他特記事項		

1. 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。
2. 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。
3. 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・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