

## 病診連携用受診申込書

(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
紹介患者氏名		( )
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (男・女)	
受診歴 (県立総合病院)	お分りになれば、 (県立総合病院 I D )	
紹介科名	科	
受診希望医師名	なし・あり ( 先生)	
受診希望日	月 日 ( 曜日)	
特記事項		

発信日時： 月 日 ( 時 分)

**この用紙に、「貴院カルテの最初(保険情報、患者様住所等記載)のページ」を添えて、FAXで県立総合病院 病診連携室あてに送信してください。**

この際に、可能でしたら、「紹介状の写し」も添えていただければ幸いです。

**申込受付後、病診連携室より『病診連携・予約票』を返信させていただきます。紹介状とともに、『病診連携・予約票』を患者様にお渡しくделаしますようお願い申し上げます。**

病院までの案内図が必要な場合は、特記事項欄に「案内図」とお書きください。

(紹介元医療機関様

県立総合病院病診連携室)