

## 病診連携受診申込書

(FAX発信日時) 令和 年 月 日 ( 時 分)

医療機関名

所在地

紹介医御芳名

連絡先 (TEL)

(FAX)

\*お申込みにあたり、初診・専門の担当等については「紹介患者診療担当医表」をご参照ください。

フリガナ			
紹介患者氏名	旧姓 ( )		
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 -	患者連絡先電話番号	
静岡県立総合病院 受診歴	なし ・ あり	おわかりになれば 診察券番号(8桁)	
紹介科名	科		
希望医師	※希望がある場合は必ずご記入下さい なし ・ あり ( 先生)		
受診希望日	<input type="checkbox"/> 日にち指定 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 1週間以内	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 左記以降 (原則1ヶ月以内)
特記事項 (症状など)			
※ふじのくに ネット参加 施設記入欄	同意	<input type="checkbox"/> 上記患者に情報閲覧の同意を得ましたので、患者の医療に資するため、ふじのくにネットによる情報開示を依頼します。	
	開示開始	<input type="checkbox"/> 外来受診日から <input type="checkbox"/> 入院日から <input type="checkbox"/> 期間指定 年 月 日から	
	※開示施設 のみ記入	上記患者の当院の情報は、ふじのくにネットにより <input type="checkbox"/> 開示済み <input type="checkbox"/> 開示予定 <input type="checkbox"/> 非開示(患者不同意) です。	

\* 受診当日の患者様待ち時間短縮にご協力いただきたく、この申込書に保険証等の写しを添えていただけると幸いです。

\* 保険証等の写しを添えられない場合は、下記に保険情報をご記入ください。

保険者番号		区分	本人 ・ 家族
記号番号		有効期限	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日		
公費負担番号		負担割合	1 ・ 2 ・ 3 割
公費受給者番号		有効期限	年 月 日

\* この申込書に、「紹介状の写し」を添えてFAX送信してください。

\* 紹介状が未作成の場合は、特記事項欄に症状等の記載をお願いします。

\* 申込受付後、『病診連携・予約票』をFAXで返信いたします。紹介状とともに、予約票を患者様にお渡しください。

\* 病院までの案内図が必要な場合は、特記事項欄に「案内図」とご記入ください。

※申込受付当日に受診希望の場合は、直接受診希望外来へ電話(代表:054-247-6111)でご相談ください。

【病診連携予約 受付担当部署】 静岡県立総合病院 病診連携室  
 <直通電話> 054-200-6270 <専用FAX> 054-200-6271  
 <受付時間> 月~金曜日 8:30~18:00 (祝日、年末年始を除く)