

FAX 054-200-6271

静岡県立総合病院 病診連携 行き

必要事項をご記入の上、診療情報提供書と患者さんの
保険情報を添えて送信してください。

病診連携受診申込書

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			
患者氏名			旧姓 ()
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	性別 男・女
住所	〒 ー 患者連絡先電話番号		
静岡県立総合病院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり (ID:)		<input type="checkbox"/> なし
紹介診療科	科		
受診希望医師	<input type="checkbox"/> あり (医師)		<input type="checkbox"/> なし
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 ねっと参加 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、ふじのくにねっとによる情報開示を依頼します。	
	開示開始日	<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、ふじのくにねっとにより <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		資格取得年月日	
保険者記号番号	(本人 ・ 家族)		
公費負担番号	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	

*この申込書に、診療情報提供書の写しを添えてFAX送信してください。

*診療情報提供書未作成の場合は、特記事項欄に症状等の記載をお願いします。

*予約手続き後、予約票をFAXで返信いたします。診療情報提供書とともに、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。

※急患・当日のご紹介は、代表電話番号(054-247-6111)から受診希望外来へご連絡ください。

[病診連携予約 受付担当部署] 静岡県立総合病院 患者サポートセンター 病診連携

[直通電話] 054-200-6270 [直通FAX] 054-200-6271

[受付時間] 月～金曜 8:30～18:00 (祝日、年末年始を除く)