

様式 1

焼津市立総合病院（地域医療連携室）

FAX 054-623-9424

医院名

医師名

TEL

FAX

紹介患者受診申込書

次のとおり、紹介患者の受け入れをお願いします。

フリガナ			
患者氏名			男 ・ 女
生年月日	大 昭 平 令 年 月 日		
患者住所			
電話番号(日中 連絡がつく番号)	自宅 携帯		
受診科			
受診希望日	① ・ ② どちらか選択してください ① 紹介元医師の希望 緊急 ・ ・ 当院救急室へ医師から直接ご連絡ください。 (救急は、この申込書は不要です) 1 至 急 翌日から3開院日以内の診察希望 2 通 常 4開院日以降の診察希望 ② 患者希望日 第1 月 日 () 第2 月 日 ()		
特に医師の指定がある場合のみ記入	医師	病 名 又は 病 状	
来院歴	な し ・ あ り		

発信日 年 月 日

《注意事項》患者にお伝え下さい。

1 来院時に持参するもの

- ① 紹介患者受診票
- ② 紹介状
- ③ 保険証（マイナ保険証）
- ④ 診察券（お持ちの方のみ）
- ⑤ おくすり手帳

※当日受診の希望について

- ・ 消化器内科は、当日・翌日の外来受診はできません
- ・ 小児科は、AM11：30 までは外来で内容を伺います

2 保険証（マイナ保険証）は、来院時にチェックしますので、必ず持参させてください。持参しない場合は、自費診療となります。

3 来院した際は、最初に玄関受付カウンターの「総合受付」で受付をしてください。