

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	第1 月 日 ()		第2 月 日 ()
	至急の外来受診を希望 (有 ・ 無) *有の場合、確認の連絡をさせていただきます。		
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》患者さんにしっかり伝えて下さい。

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 お薬を飲んでいる方は、「おくすり手帳」

【緊急の場合】

***緊急を要する患者の紹介は、
当院救急室へ医師から直接電話をしていただき、救急室にて受診対応となります。**

(その場合、この申込書は不要です)

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。