

受診連絡票・保険情報記入用紙 (FAX専用)

(本紙と紹介状をFAXにてお送りください。)

順天堂大学医学部附属静岡病院

地域医療連携室 行

FAX : 055-948-2103

受診希望日①	月	日 (午前・午後)
受診希望日②	月	日 (午前・午後)

紹介元医療機関	
医療機関名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
医師氏名	

紹介予約枠一覧をご確認のうえ、ご記入ください。

受診を希望される診療科名・外来名に○印をご記入ください。

呼吸器内科	消化器内科	膠原病・リウマチ内科	血液内科	腎臓内科	糖尿病・内分泌内科	循環器内科	外科	ペインクリニック	麻酔科	MICU (レカネマブ専門外来)	脳神経外科	整形外科	心臓血管外科	呼吸器外科	形成外科 (足のキズ外来)	眼科	耳鼻咽喉科	脳神経内科	皮膚・アレルギー科	泌尿器科	産婦人科 (婦人科)	メンタルクリニック	小児科	小児外科	放射線治療科	歯科	口腔外科
-------	-------	------------	------	------	-----------	-------	----	----------	-----	------------------	-------	------	--------	-------	---------------	----	-------	-------	-----------	------	------------	-----------	-----	------	--------	----	------

※紹介状原本(検査結果・CD-Rなど含む)は患者様にお渡しいただき、当日必ずご持参いただくようご案内ください。

※血液内科の予約をご希望の場合は、紹介状と共に採血結果の送付もお願いいたします。

フリガナ		男 女	生年月日
患者氏名	旧姓 ()		年 月 日 歳
現住所	〒		電話番号

保険情報記入欄 (保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信していただく場合、ご記入は不要です。)

被保険者証

保険者番号		本人	1割
			2割
記号・番号・枝番		家族	3割

後期高齢者医療

保険者番号		1割
		2割
受給者番号		3割

公費負担医療

負担者番号	
受給者番号	

<p>予約取得後、「予約票」をFAXにて返信します。 患者様にお渡しいただき、診察当日にお持ちいただくようご案内ください。</p> <p>予約受付時間 平日 8:30 ~ 17:00 土曜日 8:30 ~ 12:00 (第2土曜日を除く) (FAXは24時間受信可能です) 上記以外のご依頼は、翌診療日に予約票を返信します。</p>

お問い合わせ先

地域医療連携室

電話 055-948-3111 (代表)

FAX 055-948-2103 (直通)