

聖隷三方原病院 紹介予約申込書 (FAX:053-439-0002)

聖隷三方原病院
[登録番号]

フリガナ			性別	該当する所にチェックを入れてください	
氏名			男 ・ 女		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			健康保険 自費	生活保護 ・ 労災(仕事中のけが)
電話番号	自宅	— —		保険者番号	
	携帯	— — (本人・)			
住所	〒 — — — — — (本人・) マンション・アパート名まで記入してください				

■外来診療科一覧 下記の予約科に診療科名をご記入してください ※1

【診療科】

総合診療内科	呼吸器内科	神経内科	眼 科	リハビリテーション科
感染症リウマチ内科	呼吸器外科	脳 卒 中 科	耳 鼻 咽 喉 科	麻 酔 科
腎 臓 内 科	消化器内科	脳 神 経 外 科	整 形 外 科	ホ ス ピ ス 科
内分泌代謝科	消化器外科	精 神 科	形 成 外 科	救 急 科
血 液 内 科	外 科	ヘルニア	皮 膚 科	
循 環 器 科		乳 腺	化 学 療 法 科	
心臓血管外科	小 児 科	物 忘 れ 外 来	緩 和 ケ ア 外 来	
放 射 線 科	小 児 神 経 科	産 科	放 射 線 治 療 科	
		婦 人 科		
		泌 尿 器 科		

■検査予約一覧 検査名・部位に○印をつけてください。また下記の予約科に検査名をご記入してください ※2

C T	頭部・頸部・胸部・腹部・四肢	造影(有・無)
M R I	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・頸椎・胸椎・腰椎・四肢関節・()	造影(有・無)
核医学	骨シンチ・その他()	
その他	胃カメラ・その他()	

予約科 ※1	※検査予約は、上記検査一覧の必要事項もご記入願います。	予約日時	月	日	時	分
検査名 ※2						

紹介元医療機関名	
----------	--

《連絡事項》

- ※申込書と紹介状と合せて、原則2日前までにFAX(053-439-0002)へ送信してください。
- ※先に申込書のみFAXする場合は、該当を○で囲んでください。(当日患者持参/後程FAX)
- ※可能な限り、紹介状の原本は受診日当日に患者様にお持ちいただくようお願いいたします。
- ※受診の際は、予約時間の30分前に「受付1番」にお寄り頂くようご案内お願いいたします。
- ※セカンドオピニオン外来(予約制)は、予約方法が異なります。まずはお電話にて下記までお問い合わせください。

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453
総合病院 聖隷三方原病院 地域医療連携室
TEL 053-436-1251(代表) 053-439-0001 (直通)