

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	健康保険 ・ 生活保護 ・ 交通事故 自費 ・ 労災(仕事中のけが)	
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)			保険者番号	
電話番号	自宅	— —		記号・番号	
	携帯	— — (本人・)			
住所	〒 — — マンション・アパート名までご記入ください				国籍

■外来診療科一覧 下記の予約科に診療科名をご記入ください ※1

【診療科】

総合診療内科	呼吸器内科	神経内科	小児科	緩和ケア外来
感染症リウマチ内科	呼吸器外科	脳卒中科	療育神経科	放射線科
腎臓内科	消化器内科	脳神経外科	眼科	放射線治療科
内分泌代謝科	肝臓内科	てんかん・機能神経外科	耳鼻咽喉科	リハビリテーション科
血液内科	消化器外科	精神科	整形外科	麻酔科
循環器科	外科	ヘルニア	形成外科	ホスピス科
心臓血管外科		乳腺	産科	皮膚科
	弁膜症外来	泌尿器科	婦人科	化学療法科

■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 検査名 ※2	※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
			<input type="checkbox"/> 後日患者さんから電話で診察予約をされます。

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、医療機関からのみの予約となります。まずはお電話にて下記までお問い合わせください。

〒433-8558 静岡県浜松市中央区三方原町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)