

# 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	様		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 )		労災の方のみ記入してください		
電話番号	自宅	— —		会社名	
	携帯	— — (本人・ )		電話番号	
住所	〒 — — マンション・アパート名までご記入ください			国籍	

## 【 予約科 】

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

### ■ 下記の該当する部分にレ点をお願いいたします

紹介状原本	<input type="checkbox"/> 当院へ郵送 <input type="checkbox"/> 患者持参	*検査データがあれば同封してください
CD-R	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 当院へ郵送 <input type="checkbox"/> 患者持参 ) <input type="checkbox"/> なし	・郵送の場合は予約日の2日前必着でお願いします。

### ■ 検査予約一覧 検査名・部位に○印をつけてください。また上記の予約科に検査名をご記入ください ※1

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 ( )	

## 《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、左記へレ点をお願いします。 )

※受診の際は、マスクを着用のうえ、予約時間の30分前に「受付1番」へお越しくださいますようご案内をお願いいたします。

※紹介状をお持ちの患者さんご自身より、「Web診察予約申込み」と「電話予約」のいずれかの方法も受け付けております。

〒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)  
予約受付時間月～金:8時30分～19時00分 / 土 8時30分～13時00分