

# 紹介患者予約申込書

依頼病院・診療所名：

依頼医師氏名：

連絡先：F A X                   —                   —                   /                   T E L                   —                   —

## ●患者情報

ふりがな				性別
氏名				男・女
生年月日	(        )        年        月        日	年齢	歳	
住所	〒        —			
TEL	携帯：        —        —	自宅：        —        —		
※確実に連絡のとれる電話番号をご記入ください。				
受診希望診療科名・希望医師名をご記入ください。（※診療科によっては予約出来ない場合がございます。）				
希望診療科：	希望医師：			
備考				

## ●申し込み方法

①上記「患者情報」を全てご記入後、紹介状と一緒に地域医療連携室にFAXを送信してください。  
カルテの事前準備をさせていただきます。

**【FAX】055-952-1083（連携室直通）**

②FAX送信後、お電話下さい。

**【TEL】055-952-1000（代表）**

③予約日の調整後、予約票を貴院あてにFAX または 患者様のご自宅にご送付致します。

※診療科によっては、ご予約を承れない科もございますので外来担当表等をご参考にご連絡ください。

<お問い合わせ>

〒410-8555 沼津市本字松下七反田902-6  
聖隷沼津病院 地域医療連携部病診連携室  
担当：鈴木寿子・松原佐奈江

川口直未・戸田瑞夏・花畑沙也加