宛先：　富士市立中央病院　地域医療連携センター　地域医療連携室

FAX 0545-53-3708　TEL 0545-52-1131（内線2916･2917）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男 ･女・  その他 | 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 |
| 患者氏名 | 様  　　　　(旧姓 　　　　　　) | 年　 　 　　月　　 　　日 |
| 住所 |  | | | |
| 当院の受診歴　（　 有 　・　 無 　） | | 電話（自宅）　　　　　　－　　　　　　　－  　　　（携帯）　　　　　　－　　　　　　　－  　（勤務先）　　　　 　－　　　　　　　－  （緊急連絡先・氏名）　　　　　　－　　　　　　　－ | | |
| 患者番号　　　　　　－　　　　　　　－ | |

病診連携予約申込書

🔶紹介診療科🔶

　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　医師

※希望日のご記入をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 第1希望 | 月　　　　　日　　　　曜日 |
| 第2希望 | 月　　　　　日　　　　曜日 |
| 第3希望 | 月　　　　　日　　　　曜日 |

**紹介元医療機関名**

所在地

TEL

FAX

医師氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 都合の悪い日時 |  |

**🔶　「病診連携予約申込書」**と**「診療情報提供書」**をFAXしてください。

**🔶**予約受付後、**「紹介患者診察予約票」**をＦＡＸにて返信させていただきます。

**🔶　「紹介患者診察予約票」**と**「診療情報提供書」**を患者様にお渡しください（当日持参）

**🔶　申込受付：**月曜から金曜日　8：30～16：30　（祝日・年末年始を除く）

中央病院処理欄

　予約日

　　　　　　　月　　　　　日　（　　　）　　　　　　時　　　　分～　　　　月　　　日（受付）