

紹介患者受診依頼票

地域連携室 FAX 053-577-2925

平成 年 月 日

(紹介先)

医療法人 浜名会 浜名病院

受診される科 _____ 科

医師名 _____

医師は病院の診療体制に委ねる

受診日 (予約される場合は事前にご連絡下さい)

平成 年 月 日 (曜日)

AM・PM 時 分

診療日は病院の診療体制に委ねる

患者様から直接病院へ連絡する

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話番号 () -

FAXNo. () -

フリガナ		男 ・ 女	現 住 所	市 郡 区	町 村	番 地
氏名						
生年 月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)	電話番号	() -
浜名病院受診歴	有・無	年	月	頃	科	診察券番号

※ 保険証・老人医療受給者証・その他各医療券等のコピーと共にファックスして下さい。
無い場合には下記に記入して下さい。

保 険 証	保険者番号													被 保 険 者 氏 名	
	記号・番号														
	公費負担番号													被 保 険 者 と の 続 柄	本 人 ・ 家 族
	受給者番号														

依頼内容・病歴・投薬等

結果及び経過の返信

要 ・ 不要

患者様ご持参用

平成 年 月 日

(紹介先)

医療法人 浜名会 浜名病院

受診される科 _____ 科

医師名 _____

医師は病院の診療体制に委ねる

受診日 (予約される場合は事前にご連絡下さい)

平成 年 月 日 (曜日)

AM・PM 時 分

診療日は病院の診療体制に委ねる

患者様から直接病院へ連絡する

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話番号 () -

FAXNo. () -

フリガナ		男 ・ 女	現 住 所	市 郡 区	町 村	番 地
氏名						
生年 月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)	電話番号	() -
浜名病院受診歴	有・無	年	月	頃	科	診察券番号

相談室・地域連携室 直通 TEL(053)522-7500

※お問合先 浜名病院 TEL 053-577-2333(代) ~~地域連携室 (内線) 530-537~~

※予約日時に来院できない場合には、紹介された医師までご連絡下さい。

受診当日は、「受付」窓口にお越し下さい。

受付に提出していただくもの

- ・ 本票「患者様ご持参用・地域連携 紹介患者予約票」
- ・ 診察予約の場合、紹介状等
- ・ 健康保険証等
- ・ 浜名病院の診察券がございましたら、必ず診察券をご持参下さい。

案内図

医療法人 浜名会 浜名病院

〒431-0423 湖西市新所岡崎梅田入会地15番地の70
TEL 053-577-2333(代)

診療時間 午前9:00~12:00 午後3:00~6:00
(午後の受付は5:30まで)
木・土曜日午後、日曜・祝祭日休診

当院までの公共アクセス

- JR東海道線・新所原駅 徒歩8分

