

紹介患者受診依頼票

地域連携室 FAX 053-577-2925

年 月 日

(紹介先)

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)

_____ 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

年 月 日

(紹介先)

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)

_____ 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 町	郡 区	村
氏名						番地
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		

※お問合せ先 浜名病院 TEL 053-577-2333(代) 地域連携室 (内線) 536・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。

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3:00~5:45
(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

