

医療支援・連携室 行

FAX 044-733-6658

年 月 日

保険者番号							
記号・番号							
本人・家族	負担割合：1割・2割・3割						

受診希望科

科 先生

第1希望日	月	日	(時)
第2希望日	月	日	(時)
第3希望日	月	日	(時)

後期高齢者医療・公費情報							
負担者番号							
受給者番号							

紹介元医療機関の名称・所在地

名称	
所在地	〒
TEL	
FAX	
医師名	

フリガナ		性別		明治・大正・昭和・平成
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)

住所	〒	電話番号	-	-
----	---	------	---	---

聖マリアンナ医科大学東横病院への受診歴(有・無・不詳) 診察券番号

患者紹介状〔FAX専用〕

※この1枚目は、FAX送信専用用紙です。

外来受付時間 平日(初診・再診) 土曜日(第2・4・5土曜日)
 午前8時30分～午前11時 午前8時30分～午前11時
 午後13時30分～午後16時

休診日

土曜日(第1・3)・日曜日・祝祭日・年末年始(12月29日～1月3日)
 10月第2土曜日(開学記念日)

医療支援・連携室 受付時間

平日 土曜日
 午前8時30分～午後18時00分 午前8時30分～午後12時30分

☆FAXは24時間お受けしています。

☆折り返し、予約返答書(診察用)をFAXいたしますが、平日の返信は18時00分までの受信分、土曜日(第2・4・5)は午後12時30分までの受信分となります。

なお、平日18時00分以降は翌日、土曜日12時30分以降は週明けの返信となりますのでご注意ください。

☆患者さまに紹介状(2枚目)、診察予約票(予約返答書の下半分)をお渡し下さい。

3枚目は紹介元医療機関の控えとなります。

☆患者さまには受診当日、健康保険証(医療受給者証等)と紹介状、予約票をお持ちいただき、医療支援・連携室へお越しいただくようご説明下さい。

☆救急患者さまの受診依頼は、各センターホットラインへお電話にてご連絡ください。

脳神経・脳卒中センター 080-5498-9536

心臓病センター 080-5498-9493

消化器病センター 080-5498-9516

*各センターホットラインは医療機関先生方の専用回線です。

患者さまには教えないで下さい。

聖マリアンナ医科大学東横病院

TEL 044-722-2121 (代表)

044-722-2216 (医療支援・連携室直通：医療機関専用回線です)

FAX 044-733-6658

診療情報提供書 〔患者紹介状〕

②聖マリアンナ医科大学東横病院
提出用

年 月 日

紹介先医療機関名

川崎市中原区小杉町3-435
聖マリアンナ医科大学東横病院

紹介元医療機関の名称・所在地

名 称

所在地 〒

T E L

F A X

医師名

科 先生

フリガナ		性 別	生 年 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成
患 者 氏 名		男 ・ 女	月 日	年 月 日生 (歳)

住 所 〒		電 話 番 号	- -
-------	--	---------	-----

紹介目的	入院・転院・精査 ()	
病 名 (主 訴)		
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (無 ・ 有)	
病状経過 治療経過 検査結果		
現在の処方	添付資料 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム、CD-R 等 <input type="checkbox"/> 心電図記録 等 <input type="checkbox"/> 検査結果伝票 等 <input type="checkbox"/> その他	

診療情報提供書

〔患者紹介状〕

年 月 日

紹介先医療機関名

川崎市中原区小杉町3-435
聖マリアンナ医科大学東横病院

紹介元医療機関の名称・所在地

名 称

所在地 〒

T E L

F A X

医師名

科 先生

フリガナ		性 別	生 年	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成
患 者 氏 名		男 ・ 女	月 日	年 月 日生 (歳)

住 所	〒	電 話 番 号	- -
-----	---	---------	-----

紹介目的	入院・転院・精査 ()		
病 名 (主 訴)			
既 往 歴 (家 族 歴)	薬剤アレルギー (無 ・ 有)		
病 状 経 過 治 療 経 過 検 査 結 果			
現在の処方	添付資料 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム、CD-R 等 <input type="checkbox"/> 心電図記録 等 <input type="checkbox"/> 検査結果伝票 等 <input type="checkbox"/> その他		