新生児聴覚スクリーニング検査の精密検査のご紹介は FAX 054-247-6171

静岡県立総合病院 乳幼児聴覚支援センター 行き

新生児聴覚スクリーニング検査の 精密検査<u>以外</u>のご紹介は 静岡県立総合病院 病診連携 (FAX:054-200-6271)

病 診 連 携 受 診 申 込 書 (新生児聴覚スクリーニング検査精密検査用)

医療機関名

所 在 地

紹介医御芳名

連 絡 先 (TEL)

(FAX)

*お申込みにあたり、初診・専門の担当等については「紹介患者診療担当医表」をご参照ください。

| フ リ | ガナ | | | | | | | | | | |
|----------------|---------------|------------------------------|------------------------------------|----------|----------|--------------|-----------|--|--|--|--|
| 患者 | 氏 名 | | | | | 旧姓(|) | | | | |
| 生 年 | 月日 | T · S · H · R | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | | | | |
| | | 〒 – | 患者連絡先電話番号 | | | | | | | | |
| <u>住</u> | 所 | | | | | | | | | | |
| 静岡県立 受 記 | 総合病院 | □ あり (ID: | | |) | | なし | | | | |
| 紹介記 | ◈療科 | 頭頚部・耳鼻咽喉 科 | | | | | | | | | |
| 受診希望医師 | | □あり(医師) □なし | | | | | | | | | |
| 受診希望日 | | □日にち指定 月 ※予約は月~木曜で受け付けていま | 日(きす(金曜7 |) 「可) | □ 1 à | 1週間以内 □いつでも可 | | | | | |
| 特記 | 事 項 | | | | · | | | | | | |
| (症状 | など) | | | | | | | | | | |
| ふじのくに | 同 意 | □ 上記患者に情報閲覧の同意を得ましたの | で、患者の医療 | 療に資するた | め、ふじのくにね | っとによる情報 | 開示を依頼します。 | | | | |
| ねっと参加 施設記入欄 | 開示開始日 | □外来受診日から □入院日か | ら □期 | 間指定 | 年 | 月 | 日から | | | | |
| | ※開示施設 のみ記入 | 上記患者の当院の情報は、ふじのくにれ | こねっとにより □開示済み □開示予定 □非開示(患者不同意)です。 | | | | | | | | |
| *受診当日の | D患者様待ち | 時間短縮にご協力いただきたく、こ | の申込書に | :保険証等(| の写しを添えて | ていただける | と幸いです。 | | | | |

保険証等の写しを添えられない場合は、下記に保険情報をご記入ください。

| 保険者番号 | 資格 | 各取得 | ままり ままり ままり こうしゅう かいしょう かいし かいし アイス | 目目 | | | | | | | |
|---------|----|-----|---|----|-----|-----|---|----|----|----|--|
| 保険者記号番号 | | | | | | (本 | 人 | • | 家族 |) | |
| 公費負担番号 | 負 | 担 | 割 | 吵 | 1 : | 割 | | 2割 | • | 3割 | |

- *この申込書に、診療情報提供書の写しを添えてFAX送信してください。
- *診療情報提供書未作成の場合は、特記事項欄に症状等の記載をお願いします。
- *予約手続き後、予約票をFAXで返信いたします。診療情報提供書とともに、予約票を患者様にお渡しください。
- *病院までの案内図が必要な場合は、特記事項欄に「案内図」とご記入ください。

[乳幼児聴覚支援センター] 電話: 054-247-6111 (代表)

[病診連携予約 受付担当部署] 静岡県立総合病院 患者サポートセンター 病診連携

[直通電話]054-200-6270 [直通FAX]054-200-6271

[受付時間]月~金曜 8:30~18:00 (祝日、年末年始を除く)