

すずかけセントラル病院 紹介患者予約券(患者様用)

年 月 日

様式-2

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日

◎ 紹介状・保険証・予約券を総合受付へご提出くださいますようお願いいたします。

◎ 予約時間の15分前には、ご来院くださいますようお願いいたします。

◎ 予約日に来院できない又は変更の場合は、下記、地域連携室へご連絡をお願いいたします。

電話:053-443-0177(地域連携室直通) 時間:月～金曜日 8:30～17:30

◎ 診療・検査時間が、多少遅れる場合がありますのでご了承ください。

当日の持ち物

- この紹介患者予約券
- 保険証
- 老人・高齢者・障害者等の受給者証（お持ちの方）
- 紹介状
- 渡された資料(画像等)
- お薬手帳(お持ちの方)

予約日時	月	日	曜日	午前 午後	時	分	医師
受診科	* 希望される診療科を○で囲んでください。						
	1	総合診療科	8	整形外科	15	麻酔科(痛み外来)	
	2	外科	9	脳神経外科	16	血液内科	
	3	呼吸器内科	10	乳腺・甲状腺科	17	脊椎センター	
	4	呼吸器外科	11	内分泌内科	18	放射線治療センター	
	5	消化器内科	12	形成外科	19	放射線科	
	6	循環器内科	13	血管外科	20	総合内科	
	7	泌尿器科	14	眼科	21		
検査依頼	* 希望される検査を○で囲んでください。						
	1	CT	単純・造影	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・胸椎・腰椎・頸椎			□ MRCP
	2	MRI・MRA		全身・前立腺・四肢・その他()			
	3	一般X線撮影	部位()				
	4	超音波検査	心臓・腹部・頸部・甲状腺・血管・泌尿器・体表リンパ				
	5	生理検査	心電図・ホルター心電図・肺機能・ABI・脳波				
☐ 郵送 ☐ 本人持参 ☐ FAXのみ (画像 ☐ 有 ☐ 無) 予約 ☐ 本人より連絡							
備考							



**すずかけ
セントラル病院**

〒432-8054

静岡県浜松市南区田尻町120-1

TEL: 053-443-0177(地域連携室直通)

FAX:053-443-0166(地域連携室直通)

TEL: 053-443-0111 (代表)

紹介元医療機関名・住所・電話・FAX