

メディカルサポートセンター 行 FAX 044-975-0608 ① FAX用

公費負担者番号						保険者番号					
公費負担医療の受給者番号						被保険者の記号・番号					
紹介先医療機関名 川崎市宮前区菅生2-16-1 聖マリアンナ医科大学病院						被保険者との続柄 (本人・家族)					
						平成 年 月 日					
《 診 療 》						《 検 査 》					
科 醫師						画像診断・超音波・内視鏡・その他					
受診希望日 月 日 時頃						検査項目 ()					
当日受診希望の場合 緊急性 (有 ・ 無)						部位 () 造影 (有 ・ 無)					
フリガナ						検査希望日 月 日 時頃					
患者氏名 様 男・女						紹介元医療機関 の名称・所在地					
明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)						医 師 名					
〒						TEL (- -)					
住所						FAX (- -)					
TEL - -											
当院の受診歴 (有 ・ 無 ・ 不詳)											
当院の診療券番号											
備考											

患者紹介状 (FAX専用)

※この1枚目は、診療予約、検査予約の送信専用用紙です。

紹介状は診療、検査に関わらず、予約毎にお書きくださるようお願いします。

セカンドオピニオンの申し込みは出来ませんので、別途、ご連絡をお願いします。

検査項目

X線特殊 (上部消化管造影・注腸等) 検査、MR・CT検査、核医学 (全身骨シンチ) 検査
超音波検査、内視鏡検査

診療受付時間

	平 日	土曜日
初 診 患 者	午前 8 時30分～午前11時00分	午前 8 時30分～午前11時00分
再 診 患 者	午前 8 時30分～午前11時30分	午前 8 時30分～午前11時00分

休 診 日

日曜日、祝日、国民の休日、第1・第3土曜日、開学記念日の振替休日 (10月第2土曜日)、
年末年始 (12月29日～1月3日)

メディカルサポートセンター (紹介患者受付窓口)

病院本館正面玄関入口すぐ右側 (11番窓口) 業務時間

平 日	午前 8 時30分～午後 5 時
土曜日	午前 8 時30分～午後 0 時30分

FAX 044-975-0608

TEL 044-977-8111(代) 内線 6380-6381

患者紹介状〔診療情報提供書〕

②聖マリアンナ医大提出用

紹介先医療機関名

川崎市宮前区菅生2-16-1 聖マリアンナ医科大学病院

平成 年 月 日

《 診 療 》

科	医師
受診希望日 月 日	時頃
当日受診希望の場合	緊急性 (有 ・ 無)
フリガナ	
患者氏名	様 男 ・ 女
明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日生 (歳)
〒	
住所	
TEL	- -

《 検 査 》

画像診断 ・ 超音波 ・ 内視鏡 ・ その他
検査項目 ()
部位 () 造影 (有 ・ 無)
検査希望日 月 日 時頃
紹介元医療機関 の名称 ・ 所在地
医 師 名
TEL (- -)
FAX (- -)

紹介目的	入院・転医・精査 () 手術・リハビリ・分娩依頼・その他
病名 (主訴)	
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (有・無)
病状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	

紹介元医療機関より

- | | |
|------------|-------|
| ①レントゲンフィルム | 有 ・ 無 |
| ②心電図記録 | 有 ・ 無 |
| ③検査結果伝票 | 有 ・ 無 |