

医療支援・連携室 行 FAX 044-733-6658				①FAX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				平成 年 月 日			
川崎市中原区小杉町3-435				紹介元医療機関の名称・所在地			
聖マリアンナ医科大学東横病院				名称			
検査項目				所在地〒(-)			
予約 第1希望 第2				電話番号			
希望日 第3 第4				FAX番号			
フリガナ				医師名			
患者氏名				性別 男・女 M・T・S・H 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)				ID番号			

検査予約患者紹介状〔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	土曜日
初診患者	午前8時30分～午前11時	午前8時30分～午前10時30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

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	平日	土曜日
FAX受付時間	午前8時30分～午後16時30分	午前8時30分～午後12時

☆ FAXは24時間お受けしています。

☆ 折り返し、検査予約連絡票をFAXいたします。折り返し検査予約票をFAXいたしますが、平日の返信は16時30分までの受診分、土曜(第2・4・5)は午後12時までの受診分となります。

なお、平日16時30分以降は翌日、土曜12時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)、検査予約連絡票(予約回答書の下半分)をお渡しく下さい。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、外来受付へお越しいただくようご説明ください。

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