

受診申込書（兼）診療予約票

（送信先）浜松労災病院 地域連携室

FAX 053-411-0315

TEL 053-411-0366

【医療機関名】

【所在地・連絡先】

【紹介医ご氏名】

記入日 年 月 日

診療予約科	科		先生	
診療予約日時	年	月	日	曜日 時 分
フリガナ				
氏 名	旧姓 ()			
生年月日	T・S・H・R	年	月	日 性別 男・女
住 所	〒		連絡先電話番号	
紹介状	☐ 郵送 ☐ 本人持参 ☐ FAXのみ	画像データ	☐ 有 ☐ 無	予約 ☐ 後日、本人から連絡
保険者番号		区 分	本人・家族	
記号番号		負担割合	1・2・3 割	
公費負担番号		公費受給者番号		

* 受診時には、本紙・保険証・又はマイナンバーカード・紹介状等をご持参いただき
紹介患者専用受付（⑨番）へお越しください。

* 予約日に来院できない場合は
地域医療連携室までご連絡ください。

＜ 医療機関ご担当者様へ ＞

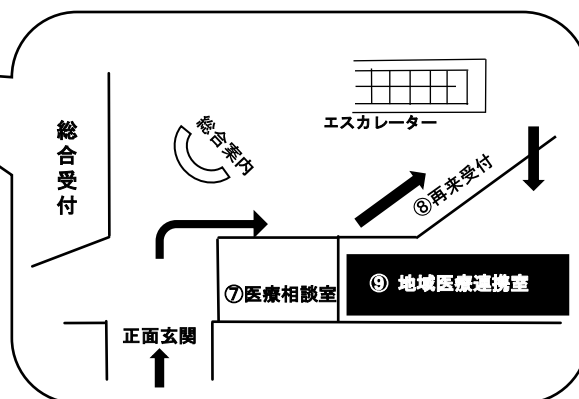
※ 本紙ご記入のうえ、受診予定日前日までにFAXしてください。

（保険証写を添付される場合は保険証の記号番号等省略可）

※ 初診受付時間 月曜日～金曜日 8：15～11：00

※ 休診日について 土・日・祝日・年末年始（12/29～1/3）

※ 本紙は予約票もかねますのでお手数ですが、患者様にコピーをお渡し下さい。

※ CT・MRIの検査結果につきましては後日、フィルム又はCD-ROMと合わせて
郵送させていただきますのでご了承下さい。


＜ お問い合わせ先 ＞

浜松労災病院 地域医療連携室

＜直通電話＞ 053-411-0366

＜専用FAX＞ 053-411-0315

＜お問い合わせ時間＞ 月～金曜日 8：15～18：00 （祝・土日・年末年始を除く）