

紹介元医療機関様の情報

医療機関名  各項目はTabキーで移動できます

所在地

TEL  FAX  紹介医師名

患者様の情報

← → キーで選択可能

氏名  ふりがな   男  女  歳

職業  TEL  生年月日

住所

被保険者番号・記号  ・  保険者番号   本人  家族  割負担

公費負担番号  公費負担医療の受給者番号

診療情報

科  先生 宛

受診予定日  関東労災病院受診歴  あり  なし  不明

傷病名

紹介目的、経過・症状、現在の処方 等

# 受診申込書

① 事前FAX送信用紙兼患者様ご案内

FAX送信先：044-435-5030

作成

紹介先医療機関名

関東労災病院 (地域医療連携室)

医療機関名

科

先生

所在地

受診予定日

TEL

FAX

関東労災病院受診歴

あり

なし

不明

紹介医師または健康管理者

お問合せ先

関東労災病院 地域医療連携室 044-411-3131 (代表)

月～金曜日 AM 8:15 ~ 17:00 〒211-8510 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1-1

被保険者番号・記号

保険者番号

本人

家族

割負担

公費負担番号

公費負担医療の受給者番号

男

氏名

女

生

歳

職業

住所

TEL

<患者様へ>

受診時には、本紙・健康保険証・紹介状等をご持参いただき、1階初診窓口へご提出ください。

初診受付時間 月～金曜日 8:15～11:00 (ただし眼科は10:30まで)

休診日について 土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)

放射線科CT・MRI検査、頸動脈エコー、ABIフォーム、小児科脳波検査のみのご依頼で受診される患者様につきましては、受診日当日のお会計として、診察科・各種検査料の他、診療情報提供料がかかります。また、検査結果につきましては、基本的に当日患者様へお渡しいたしますが、フィルムの画像処理等で多少時間がかかる場合には、後日ご郵送させていただくことがございますので、予めご了承ください。



■ 東急東横線 (渋谷～元町中華街)

元住吉下車徒歩7分

■ JR南武線

武蔵小杉駅下車徒歩10分

■ JR川崎駅

市営バス：井田営業所行、井田病院行、新城駅前行

臨港バス：元住吉営業所行

に乗り労災病院前下車(約30分)

■ JR新川崎駅

臨港バス元住吉行に乗り労災病院前下車(約20分)

■ 新幹線新横浜駅

JR横浜線菊名駅で東急東横線に乗りかえ

# 患者紹介状 (診療情報提供書)

② 紹介元医療機関様お控え

紹介先医療機関名

作成

関東労災病院 (地域医療連携室)

医療機関名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

所在地 \_\_\_\_\_

受診予定日 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

関東労災病院受診歴  あり  なし  不明

紹介医師または健康管理者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_  男

\_\_\_\_\_  女 \_\_\_\_\_ 生 \_\_\_\_\_ 歳 職業 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

傷病名  
(主訴)

紹介目的、経過・症状、現在の処方 等

# 患者紹介状 (診療情報提供書)

③ 当院提出用

紹介先医療機関名

作成

関東労災病院 (地域医療連携室)

医療機関名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

所在地 \_\_\_\_\_

受診予定日 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

関東労災病院受診歴  あり  なし  不明

紹介医師または健康管理者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_  男

\_\_\_\_\_  女 \_\_\_\_\_ 生 \_\_\_\_\_ 歳 職業 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

傷病名  
(主訴)

紹介目的、経過・症状、現在の処方 等