

小豆島中央病院 FAX 診療申込書

地域連携室 FAX 0879-75-1198

申込日 令和 年 月 日

小豆島中央病院		医療機関名・住所	
受診希望科	科	〒	
希望医師名	医師	病院・医院	
希望来院日	令和 年 月 日	科	
医師への連絡	済 ・ 無	医師名	先生
当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	TEL番号	
貴院の状況	通院中 ・ 入院中	FAX番号	

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者様氏名		男女	大・昭・平・令 年 月 日	歳
患者様住所	〒 電話番号 - -			

紹介目的及び傷病名 ※可能でしたら紹介状を添付して下さい。

【新型コロナ対策】患者さんの情報について

①2週間以内に本人の海外渡航・県外への訪問歴
あり ・ なし ※ありの場合、訪問先()

②新型コロナウイルス感染症と確定した患者さん、または、感染拡大地域への訪問歴がある人と2週間以内に濃厚接触したことがある
あり ・ なし

③発熱(37.0℃以上)の状況
あり ・ なし ※ありの場合、現在の体温(°C)

④味覚・嗅覚の異常
あり ・ なし

<医療関係者各位>

FAX受付時間 平日(土日祝、年末年始を除く) 8:30~17:00

受診希望日の前日まで受け付けます。

受付時間外に受信したFAXは翌受付日に予約票を返信します。

<お問い合わせ先>

小豆島中央病院 地域連携室(直通) TEL: 0879-75-1197 FAX: 0879-75-1198