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	
受診希望科	科
希望医師名	医師
希望来院日	令和　　年　　月　　日
医師への連絡	済　・　無
当院受診歴	有　・　無　・　不明
貴院の状況	通院中　・　入院中

医療機関名・住所	
〒	
病院・医院	科
医師名	先生
TEL番号	
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。

＜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。

受診日に発熱や感染症などが疑われる場合は【TEL:0879-75-1121（8:30～）】へ相談してください。

＜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