

# 佐世保中央病院 紹介患者予約申込書【FAX 用】

【患者情報】

申込日： 年 月 日

患者氏名	(フリガナ)	様	男	・	女
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	( 歳)
住所	〒				
電話番号	※当院より連絡する場合があります				

【予約内容】 ・「紹介目的」の記載、もしくは診療情報提供書の添付を必ずお願いします。

診療科			
希望受診日	月 日 ・ 無	希望医師名	・ 無
紹介目的・必要検査	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書を添付		

## 新型コロナウイルス感染拡大防止確認事項

体温	℃		
<input type="checkbox"/> 本人の県外移動歴 接触歴 (2週間以内)	<input type="checkbox"/> 有 (場所: ) (帰省日: ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居家族の県外移動歴 接触歴 (2週間以内)	<input type="checkbox"/> 有 (場所: ) (帰省日: ) <input type="checkbox"/> 無
コロナワクチン	<input type="checkbox"/> 済 (最終接種日: 月 日【 回目】 ) <input type="checkbox"/> 未		
呼吸器症状の有無	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 無		
随伴症状の有無	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 腹痛・下痢 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
留意事項	◆ <u>県外</u> への往来または <u>県外</u> より転居されてから、 <u>2週間経過した時点で</u> 、貴院で発熱等の呼吸器症状がないことを確認の上、お申し込みください。		

※希望受診日・希望医師がある場合、診療担当表をご確認の上記載をお願いします。

※放射線科(CT・MRI・RI)、認知症外来の予約は、担当部署にて受付を行います。

【紹介医療機関】

紹介元医療機関名	(担当者 )
連絡先	電話番号:( ) - FAX 番号:( ) -

【 申込 FAX 番号 : 0800-7000-070 】

- ・ 平日 17:30 土曜日 12:00 以降に FAX 頂いた分は翌日(土日は月曜日)の返事になります。
- また、翌日受診希望の場合 17:00 以降 FAX では受付しておりません。お電話にてご相談ください。
- (電話受付時間: 平日 8:30~17:30 土曜日 8:30~12:00)

社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院  
 地域医療連携センター  
 〒857-1195 佐世保市大和町 15  
 TEL:0120-33-8293 FAX: 0800-7000-070

2022 年 3 月 16 日作成