屋島総合病院ＦＡＸ診療申込書

令和　　　年　　　月　　　日

地域医療連携室　ＦＡＸ　087-841-9187

患者様個人情報保護のためおかけ間違いの無いようお願いいたします

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 屋島総合病院受診希望科　　　希望医師名　　　　　　科　　　　　　　　　　医師希望来院日　　 　月　　 　日　　　曜日　　　　　　　　 時 分当院受診歴（　有　　・　無　・　不明　） |  | 貴施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－　　　　　－FAX番号　　　　　－　　　　　－ |

※患者様の了承が得られる場合のみで結構です。また、個人情報保護の取扱には細心の

　注意を払っております。

|  |
| --- |
| ふ り が な　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　性別　　　男　　・　　女患者様氏名 　電話番号　　　　　－　　　　　－患者様住所　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　明・大・昭・平・令　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） |

|  |
| --- |
| 主訴又は傷病名 |
| **【新型コロナウイルス感染症への対策として下記のチェックをお願いします】**1. ２ヶ月以内に、コロナに感染しましたか？　　　　いいえ　・　はい　　診断日（　　　　月　　　　日）
2. ２週間以内に、コロナ感染者との接触や、発生施設

等との関連がありませんか？　　　　　　　　　　　　　なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　）1. ２週間以内に、同居家族以外との会食、大勢が集ま

るイベントなどへの参加はありませんか？　　　　　　　なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　）1. 1週間以内に、37度以上の発熱、咳、のどの痛み、

鼻みず、嘔吐・下痢等の症状はありませんか？　　　　　なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　）1. コロナワクチン接種状況　　　　　済　・　　未　　　　　最終（　　　　　　　年　　　　　　　月頃）
 |
| **※**受付時間内（月～金曜日の8時30分～17時）までにＦＡＸをお願いいたします。　　　それ以外は翌診療日にお返事いたします。 |