

屋島総合病院 F A X 診療申込書

令和 年 月 日

地域医療連携室 F A X 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 <u>2ヶ月以内</u> に、コロナに感染しましたか？	いいえ ・ はい 診断日 (月 日)
② <u>2週間以内</u> 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 ()
③ <u>2週間以内</u> 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 ()
④ <u>1週間以内</u> 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 ()
⑤ 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。