

# 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<br>受診希望科 希望医師名<br><br>科 医師<br><br>希望来院日 月 日 曜日<br>時 分<br><br>当院受診歴 ( 有 ・ 無 ・ 不明 ) | 貴施設名<br><br>_____<br>医師名<br><br>_____<br>電話番号 — —<br><br>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、ご自身がコロナに感染しましたか? いいえ / はい (いつ 月 日)
- ② 本日含め、1週間以内に、37℃以上の発熱、咳、のどの痛みや違和感、鼻水、嘔吐、下り等の症状はありませんか? なし / あり ( )
- ③ 10日以内に、周り(家族や職場)で、新型コロナやインフルエンザなど、何らかの感染症にかかった人はいませんか? なし / あり ( )

※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。