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

希望受診日
□第１希望　　月　　日　　曜日（　　時　　分）
□第２希望　　月　　日　　曜日（　　時　　分）
□いつでも可

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。

フ リ ガ ナ　　性別　男　・　女

患者様氏名

生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）

患者様住所

電話番号（自宅）　　－　　－　　（携帯）　　－　　－

主訴又は傷病名

【感染症の対策として下記のチェックをお願いします】

① 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　（　　）

② １週間以内に、周り（家族や職場）で、COVID-19 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。