

外来診療予約申込書

医療機関名： _____ 高松医療センター
 医師名： _____ 地域医療連携室
 連絡先：TEL - -
 FAX - - FAX（直通）： 087-841-2178
 TEL（直通）： 087-841-2162

記載日： 月 日

ご依頼情報

診察日	<input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 診察第1希望日 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 第2希望日 年 月 日 ()
診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 整形外科
医師名	<input type="checkbox"/> 指定無し <input type="checkbox"/> 医師指定 _____ 医師
紹介目的	※診療情報提供書を添付、または予約完了後にご送信ください。 診療情報提供書を添付の場合は下記の記載は不要です。

患者様基本情報

フリガナ	姓) _____ 名) _____	性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭 平・令 年 月 日
住所			
連絡先	TEL: - -		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明		

○予約受付時間外のご依頼につきましては、翌診療日の返信となります。
 ※予約受付時間：平日 8時30分 ~ 17時15分

○FAXにて依頼後、15分以内に予約票の返信がない場合は、地域医療連携室へ直接ご連絡くださいますようお願い申し上げます。

○入院の必要な患者様の紹介については、電話にてご相談下さい。
 また、受付時間外の救急患者様の受付につきましては当直医師が対応いたしますので、電話にてご連絡下さい。

◎発熱や嘔吐・下痢症状のある方は、事前に申し出るようお願い致します。

◎発熱や体調不良等がある方の付き添いはご遠慮下さい。