

外来診療予約申込書

医療機関名：

医師名：

連絡先：TEL

FAX

高松医療センター

地域医療連携室

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 () 第2希望日 年 月 日 ()
診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児科
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。

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		
<p>○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</p> <p>○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ようお願い申し上げます。</p> <p>○入院の必要な患者様の紹介については、電話にてご相談ください。 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、電話にてご連絡ください。</p> <p>◎受診日までに、ご自身や同居の方、同じ職場等で、流行感染症（インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症等）に感染した人と関わりがあった場合、発熱や呼吸器症状がある人がいる場合は、病院へご連絡ください。</p> <p>◎受診当日に下記の症状がある場合は、来院する前に病院へご連絡ください。 (37.5℃以上の発熱、咳・のどの痛み、鼻水などの呼吸器症状、嘔気・嘔吐、下痢、その他体調不良がある場合) また、付き添いの方が発熱や体調不良がある場合は付き添いをご遠慮ください。</p>			