

外来診療・検査予約申込書

令和 年 月 日

紹介医療機関情報	医療機関名			
	医師名			
紹介医療機関情報	連絡先記入者	TEL (-)		
		FAX (-)		
依頼情報	診察日	<input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 診察希望日 年 月 日 ()		
	診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <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		
	検査依頼	<input type="checkbox"/> 画像検査【MRI・CT・X-P】※所見は毎週水曜日の作成となります <input type="checkbox"/> 内視鏡検査【上部消化管・下部消化管】※検査の予約は受診後となります		
紹介目的	<p>※診療情報提供書を添付、又は、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上記の記入は不要です。</p>			
患者様基本情報				
フリガナ	姓)	名)	性別	男・女
患者氏名				
住所	〒		TEL ()	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明			
連絡事項	<p>高松医療センター 地域医療連携室予約受付時間 平日 8:30~17:15</p> <p>TEL: 087-841-2162</p> <p>FAX: 087-841-2178</p> <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。</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ます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、電話にてご相談下さい。</p> <p>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。</p> <p>◎感染対策として発熱、風邪症状、関節痛や筋肉痛、嘔気・嘔吐、下痢等の症状をご確認下さい。 (<input type="checkbox"/> 確認済: 該当事項なし <input type="checkbox"/> 確認未)</p> <p>◎発熱や体調不良等がある方の付き添いはご遠慮下さい。</p>			