

＜地域医療連携＞診療依頼 F A X 用紙

_____ 年 _____ 月 _____ 日

FAX No : 087-802-1160
 送付先 :
 香川県立中央病院 地域連携室

医療機関名	
医師名	
電話番号	
F A X 番号	

フリガナ	性別	生年	明・大		
患者氏名	男・女	月日	昭・平	年	月 日
		(旧姓)		年齢	歳
住所 〒					
TEL ()					
希望 受診科	科	希望 医師名		医師への連絡 無・済	
受診希望年月日					
第1希望		年	月	日	第2希望
					年
					月 日
中央病院の 受診歴	有・無・不明		紹介元医療機関の状況 (入院中・通院中)		
受診依頼目的・病名					
紹介状添付資料 : CD-R等の有無 有 ()・無					

- ・ F A X 受付時間 平日 (土日祝・年末年始を除く。) 8 : 30 ~ 17 : 00
- ・ 受診希望日の前日まで受け付けます。当日分は受付できませんのでご了承ください。
- ・ 緊急受診や入院が必要な場合は、当院担当医に直接ご連絡ください。
- ・ 受付時間内に受信した F A X は、受信後 20 分程度でご連絡します。
- ・ 受付時間外に受信した F A X は、翌受付日の 10 時までには返信します。
- ・ 外来診療予定表を当院ホームページに掲載しています。ご利用ください。
- ・ 介護老人保健施設等の入所者である患者さんについてはその旨ご記載ください。

※紹介状を添付されるか、予約完了後に必ずご送信下さい。

お問い合わせ先 : 香川県立中央病院 地域連携室 紹介患者予約担当
 電話番号 087-802-1144 (直通) 087-811-3333 (内線 2200)