

＜地域医療連携＞診療依頼FAX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	
FAX番号	

フリガナ	性別	生年	明・大・昭
患者氏名	男・女	年月日	平・令 年 月 日
		(旧姓)	年齢 歳

住所 〒	TEL ()
------	---------

希望受診科	希望科	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
-----------	--------------------

【新型コロナ対策】患者さんの情報について			
○3週間以内にコロナ感染したことがある	あり (月 日) ・ なし		
○3週間以内にコロナ感染者と接触したことがある	あり (月 日) ・ なし		
○2週間以内に海外渡航したことがある	あり (月 日) ・ なし		
○発熱 (37.5℃以上) の状況	あり ・ なし	※ありの場合、現在の体温 (℃)

- ・ FAX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FAX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FAX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。
- ・ 受診当日に発熱や持続する咳が出現しているなど、コロナ感染を疑う症状がある場合は、患者さんに当院への来院前に、下記に連絡するようお伝え下さい。

【連絡先090-5918-5105 又は 090-5915-4418 (いずれも8:30~)】

※紹介状を添付されるか、予約完了後にご送信下さい。

お問い合わせ先 : 香川県立中央病院 地域連携室

電話番号 087-802-1144 (直通) 087-811-3333 (内線2200)