

香川県済生会病院 FAX診療・検査申込書

地域連携室直通 FAX : 087-868-9563

平成 年 月 日

紹介元医療機関 _____

医 師 名 _____

電 話 番 号 _____

F A X 番 号 _____

| | | | | |
|--------------------|--|------|-----------------------------|---------------|
| フリガナ 患者氏名 | | | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明・大 昭・平 | 年 | 月 | 日 () 歳 |
| 住 所 | 〒 — | | | 電話番号() — |
| 依頼目的 | <input type="checkbox"/> 診療 | | <input type="checkbox"/> 検査 | |
| 受診科 ※1 | 科 | 希望医師 | 医師 | |
| 希望日時 | ① 平成 | 年 | 月 | 日 () AM ・ PM |
| | ② 平成 | 年 | 月 | 日 () AM ・ PM |
| 検査項目 | <input type="checkbox"/> 上部内視鏡 ※ 抗血小板薬・抗凝固剤の有無 : 有(薬剤名) ・ 無 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡 ※ 抗血小板薬・抗凝固剤の有無 : 有(薬剤名) ・ 無 | | | |
| 病状経過 及び 依頼目的 | ※ 可能でしたら紹介状を添付していただくようお願いいたします | | | |

※ ご紹介ありがとうございます。確認いたしましたら、FAXにてご連絡させていただきます。

※ 当日の予約はお取りすることができません。各診療科受付または地域連携室までお問い合わせ下さい。

※1 整形外科は受付順の診察になります。担当医の診療時間内にお越してください。

お問い合わせ先 : 香川県済生会病院 地域連携室 TEL 087-868-9569(直通)

受付時間 : 8:30 ~ 16:00 (月~金) 休診日 : 土・日・祝祭日、年末年始