

香川県済生会病院 FAX診療申込書

地域連携室直通 FAX : 087-868-9563

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	大・昭 平・令	年	月	日 () 歳
住 所	〒 _____			電話番号() _____
受診科 ※1	科	希望医師	医師	
希望日時	①	年 月 日 ()	AM ・ PM	
	②	年 月 日 ()	AM ・ PM	
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			
新型コロナ 対策	①2週間以内に県外への訪問歴	あり (都道府県名 _____) ・ なし		
	②2週間以内に県外への訪問歴がある人との濃厚接触歴	あり(都道府県名 _____) ・ なし		
	③発熱(37.5℃以上)の状況	あり(_____℃) ・ なし		
	④味覚・嗅覚異常について	あり ・ なし		

※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