

事前カルテ作成・診療予約申込書

FAX番号 095-846-7661 (地域連携科専用)

FAX 受付時間 平日 8:15~17:00 土 8:15~11:30

【紹介先】 聖フランシスコ病院 地域連携科 宛

【紹介元】 医療機関名

医師氏名

電話 () - FAX () -

受診希望診療科 希望する診療科にレをつけて ください	<input type="checkbox"/> 血液内科(※) <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 放射線科(受診予定日) <input type="checkbox"/> 外科 ※血液内科は疾患の特殊性から、緊急の場合を除き必ずご予約をお願いします。 ※泌尿器科・整形外科はお電話でご相談ください。			
希望担当医・希望日	無・有(医師名)	月	日	なし
病名・症状・紹介目的等	*放射線科ご紹介の場合はご記入不要です			

【患者さまに関する情報】 *事前にカルテを作成のため、保険情報を必ずご記入ください。

フリガナ 患者氏名	----- 様	男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 才
住所				電話
保険者番号			被保険者・記号番号	
資格取得日	年 月 日	被保険者氏名		続柄 本人・家族
公費	負担者番号		受給者番号	

【新型コロナウイルス感染拡大防止のための確認事項】

下記の項目の確認をお願いいたします。

- | | | |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. 2週間以内に海外渡航歴がある | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 2. 2週間以内に長崎県外に滞在していた | <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 37.5℃以上の発熱やかぜ症状がある | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 1・2の方に2週間以内に接触した | <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし |

■予約日が決まり次第、予約受付票をFAXでお送りいたします。

・診療科によっては事前に診療情報提供書をお願いする場合がございます。

ご不明な点ございましたら、下記までご連絡ください。

聖フランシスコ病院 地域連携科

(直通) 095-846-2553