

<地域医療連携> 受診予約申し込み F A X 用紙

_____ 年 _____ 月 _____ 日

F A X : 0897-37-7134

送付先 :

住友別子病院 地域連携室 行

紹介医療機関名	
所在地	
電話番号	() -
F A X 番号	() -
医師名	科 (印)

希望診療科	科	(医師名)
受診希望日	① _____ 月 _____ 日 ()	② _____ 月 _____ 日 ()
	(1. 上記日時を希望 2. いつでも可 3. できるだけ早く)	

ふりがな	性別	生年	明・大・昭	年	月	日
患者氏名	男・女	月日	平・令			
		(旧姓)		年齢		歳
住所 〒						
TEL _____						
携帯番号 _____						
受診歴	有 ・ 無 ・ 不明		紹介元医療機関の状況 (入院中 ・ 通院中)			
紹介状添付資料 : C D - R 等 有 ・ 無			来院手段 : 自家用車 ・ 介護車両 ・ 救急車			

【新型コロナ対策】患者さんの情報について						
○2週間以内に本人の県外への訪問歴 _____ あり (都道府県名 _____) ・ なし						
○県外への訪問歴がある人と2週間以内に同居したことがある _____ あり (都道府県名 _____) ・ 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 (_____ ℃)						
○味覚・嗅覚異常について _____ あり ・ なし						

※事前のカルテ作成に必要ですので、ご記入をお願いいたします

保険者番号							
被保険者証・被保険者手帳の記号番号							
被保険者との続柄	本人 ・ 家族		負担割合 1 ・ 2 ・ 3 割				
公費保険者番号							
受給者番号							
公費保険者番号							
受給者番号							

本票と紹介状を F A X してください。

診察日が決まりましたら、予約日時を記載した診療予約票を返信いたします。

午後5時30以降の F A X 受付分については翌診療日の返信となります。予めご了承ください。

◎本票に記載されている個人情報紹介目的にのみ使用し、他の目的には利用いたしません。

お問い合わせ先 : 住友別子病院 地域連携室 電話番号 0897-37-7133 (直通)