

紹介患者予約申込書

(新型コロナウイルス感染拡大防止用)

年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構

紹介元医療機関の所在地

諫早総合病院 医療連携室

住 所

〒854-8501 諫早市永昌東町 24 番 1 号

名 称

TEL (0957) 22-1380

医師氏名

印

FAX 0120-1388-35

電話番号

E-mail:renkeishitsu@isahaya.go.jp

FAX 番号

ご紹介前に、下記①～③をご確認いただきますようお願いいたします

① 2週間以内の海外への渡航歴 _____

② 2週間以内の県外への外出 _____

③ 新型コロナウイルス感染者との接触歴 _____

①～③に該当する場合は、帰県または接触した日から2週間経過した時点で、貴院で発熱等の症状が無いことを確認した上で、お申し込みいただきますようお願いいたします。また、不明熱でご紹介いただく場合は、緊急で無ければ保健所にPCR検査を依頼していただき、陰性を確認したのちにご紹介いただきますようお願いいたします。

※急を要する当日受診希望の場合は、担当医へ直接ご連絡ください。

また、翌日以降で、お急ぎの方は、医療連携室へお問い合わせいただきますようお願いいたします。

フリガナ		旧 姓	生 年 月 日	男 ・ 女
患者氏名			大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住 所	〒		TEL ()	

※二重登録防止のため、改姓された方は旧姓をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 診療希望	
1.腎臓内科 2.血液内科 3.糖尿病・内分泌科 4.脳神経内科 5.呼吸器内科 6.消化器内科 7.循環器内科 8.リウマチ科 9.脳神経外科 10.外 科 11.呼吸器外科 12.整形外科 13.皮膚科 14.泌尿器科 15.産婦人科 16.耳鼻咽喉科 17.麻 酔 科 18.総合診療科 19.歯科口腔外科	医師指名

※眼科・小児科・放射線科についてはこの用紙ではなく診療情報提供書を送信ください。

ご 紹 介 目 的 (簡単で結構です)	
------------------------	--

検査希望 上部消化管内視鏡 (内視鏡申込書も一緒に送信ください)

・希望日 ① ___ / ___ () ② ___ / ___ () ③ ___ / ___ () ・なし

・希望時間 () 時頃 ・なし

(受診希望日・時間の有無は必ずご記入をお願いいたします。)

予約受付時間 平日 8:30~17:00

※17:00以降受信分については翌日に、土・日・祝日等の受信分については、休日明けの返信となりますのでご了承ください。