

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 地位医療機能推進機構
諫早総合病院 地域医療連携室
〒854-8501 諫早市永昌東町 24 番 1 号
TEL (0957) 22-1380
FAX 0120-138-835
E-mail : renkeishitsu@isahaya.jcho.go.jp

紹介元医療機関の所在地
住 所
名 称
医師氏名 印
電話番号
FAX 番号

ご紹介前に、下記をご周知いただきますようお願いいたします。

【受診までの1週間以内に不特定多数の人と大声で会話するようなイベントへの参加等はお控えください】

当院来院時に発熱等の新型コロナウイルス感染を疑う場合は、受診日を変更させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※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、地域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			性別	
患者氏名			<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令	<input type="checkbox"/> 男
			年	月	日	歳	<input type="checkbox"/> 女
住 所			TEL	自宅			
				携帯			

※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。

希望診療科

<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	医師氏名
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 外科	
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 総合診療科			

※眼科・小児科・歯科口腔外科・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)	
--------------------	--

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。