佐世保中央病院　紹介患者予約申込書【FAX 用】

【患者情報】　　申込日：　　年　　月　　日

患者氏名	（フリガナ） **様　　男 ・ 女**
生年月日	**T・S・H・R　　年　　月　　日　（　　歳）**
住　所	**〒**
電話番号	※当院より連絡する場合があります

【予約内容】　・**「紹介目的」の記載**、もしくは**診療情報提供書の添付**を必ずお願いします。

診療科			
希望受診日	月　　日 ・ 無	希望医師名	・ 無
紹介目的・必要検査	□診療情報提供書を添付		

新型コロナウィルス感染拡大防止確認事項			
体温	℃		
長崎県外行動歴 **(2 週間以内)**	□有（場所：　　） □無	**長崎県外者接触歴** **(2 週間以内)**	□有（場所：　　） □無
コロナワクチン	□　１回目済（　　月　　日）　□　２回目済（　　月　　日）　□未		
呼吸器症状の有無	□咳　□ 痰　□ 咽頭痛　□ 呼吸苦　□無		
随伴症状の有無	□倦怠感　□頭痛　□味覚・嗅覚障害　□腹痛・下痢 □その他（　　）□無		
留意事項	◆県外への往来または県外より転居されてから、2 週間経過した時点で、貴院で発熱等の呼吸器症状がないことを確認の上、お申し込みください。		

※希望受診日・希望医師がある場合、診療担当表をご確認の上記載をお願いします。

※放射線科(CT・MRI・RI)、認知症外来の予約は、担当部署にて受付を行います。

【紹介医療機関】

紹介元医療機関名	（担当者　　）
連絡先	電話番号:(　　)　　－　　FAX 番号:(　　)　　－

【　申込 FAX 番号：0800-7000-070　】

・平日 17:30 土曜日 12:00 以降に FAX 頂いた分は
翌日(土日は月曜日)の返事になります。
また、翌日受診希望の場合 17:00 以降 FAX では受付
ておりません。お電話にてご相談ください。
(電話受付時間:平日 8:30～17:30　土曜日 8:30～12:00)

社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院
地域医療連携センター
〒857-1195 佐世保市大和町 15
TEL:0120-33-8293　FAX: 0800-7000-070

2021 年 8 月作成