キナシ大林病院 FAX 診療申込書

FAX番号　087-882-3539

キナシ大林病院	貴医療機関
受診希望科（✔をつけてください） ☐循環器内科　☐腎臓内科　☐呼吸器内科　☐糖尿病内科 ☐消化器内科　☐血液内科　☐神経内科　☐心療内科 ☐外科　☐呼吸器外科　☐心臓・血管外科 ☐整形外科　☐形成外科　☐脳神経外科　☐泌尿器科 ☐眼科　☐放射線診断科　☐ペインクリニック	住所・名称
希望医師名	
希望来院日 月　日（　）	医師名　先生
当院受診歴 有　・　無　・　不明	TEL FAX

患者様

（フリガナ）

氏名　性別　男　・　女

生年月日　明・大・昭・平　年　月　日　（　歳）

住所

電話番号　－　－

紹介目的及び傷病名（患者様に関する留意事項・主訴又は病名・検査所見・現在の処方等）

※できれば紹介状を添付して下さい。紹介状を添付される場合は当欄の記載は不要です。

新型コロナウイルス対策に関する確認事項	チェック
2週間以内にコロナ感染したことがある	あり　・　なし
2週間以内にコロナ感染者との接触歴がある	あり　・　なし
2週間以内に海外渡航歴がある	あり　・　なし
37.0℃以上の発熱・風邪症状がある （ありの場合、現在の体温:　℃　・　症状:　）	あり　・　なし

FAX受付時間（月火木金土）8:30～17:00（水）8:30～12:00
受付時間外に受診したFAXは、翌受付日に予約票を返信します。

○診療日に関しましては当院の外来診察予定表をご参照ください。
○患者様には貴院で作成した診療情報提供書と当院からの予約表をお渡し下さい。
○保険診療以外（事故・労災等）の場合は事前にお知らせ下さい。

お問い合わせ先
キナシ大林病院　地域連携室
TEL:087-881-3676（直通）087-881-3631（代表）