

屋島総合病院 F A X 診療申込書

令和 年 月 日

地域医療連携室 F A X 087-841-9187

患者様個人情報保護のためおかけ間違いの無いようお願いいたします

屋島総合病院 受診希望科 科 希望来院日 月 日 曜日 時 分 当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)	貴施設名 _____ 医師名 _____ 電話番号 - - FAX 番号 - -
--	---

*患者様の了承が得られる場合のみで結構です。また、個人情報保護の取扱には細心の注意を払っております。

ふりがな 患者様氏名 _____	性別 男・女 電話番号 - -
患者様住所 _____	
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	

主訴又は傷病名

【新型コロナウイルス感染症への対策として下記のチェックをお願いします】
① 2週間以内に感染流行地域への訪問歴 あり・なし
② 新型コロナウイルス感染症と確定した患者との濃厚接触歴 あり・なし
③ 2週間以内に感染流行地域への訪問歴がある人との濃厚接触歴 あり・なし
④ 発熱 (37.5° 以上) が4日以上続く状態 あり・なし ありの場合→現在の体温()
⑤ 現在、以下の症状がある 風邪症状 ・ 倦怠感 ・ 嗅覚障害 ・ 味覚障害

*受付時間内 (月～金曜日の8時30分～17時) ではFAX受け取り後15分以内にそれ以外は翌診療日9時までにお返事いたします