

TEL:098-850-3811 (代表) TEL:098-852-2575 (地域連携室直通) \* 医療機関専用回線

FAX:098-852-2152

申込日： 年 月 日

## 社会医療法人友愛会 友愛医療センター

### 受診予約申込書 兼 FAX 送信表

\* 診療情報提供書も併せて送信下さい。

\* 当日や一週間以内の受診希望、また入院依頼などは、本書を使用せず直接地域連携室にご連絡下さい。

紹介元	医療機関名：	申込担当者名：
患者情報	友愛会 受診歴	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>
	患者氏名 (カナ記載で構いません)	(旧姓： )
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日
咳嗽など呼吸器症状	有 <input type="checkbox"/> (出現日時： 月 日) 無 <input type="checkbox"/>	
県外・海外など渡航歴	有 <input type="checkbox"/> (場所： 月 日～ 月 日) 無 <input type="checkbox"/>	
新型コロナウイルス陽性者との濃厚接触	有 <input type="checkbox"/> ( 月 日～ 月 日) 無 <input type="checkbox"/>	

\* 氏名 (カナ) は一部伏せて頂いても構いませんが、生年月日は伏せずに送信お願い致します。  
下記項目いずれかへをお願い致します。

<input type="checkbox"/>	<u>予約センター (850-3988) を案内しています。</u> (後日、患者/家族から予約センターへ連絡予定)		
<input type="checkbox"/>	<u>日程調整は、友愛医療センターから、 直接本人/家族へお願いします。</u> * 当院からの折返しは翌日以降になる可能性がございます。 <u>連絡先：</u> (続柄： )	希望日：	特になし <input type="checkbox"/>
		都合の悪い日：	特になし <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<u>内容確認後、紹介元への連絡を希望します。</u> (紹介元から患者/家族へ連絡予定) * 当院からの折返しは翌日以降になる可能性がございます。	備考：	

\* 御希望日に添えない場合もございます。

\* お手数ですが、FAX 送信後、地域連携室へ FAX 到着確認の TEL をお願い致します。

\* 予約が確定次第、紹介元医療機関様へ報告のため「予約票」を送信させていただきます。