

KKR高松病院 FAX診療/検査申込書

FAX番号:087-834-1795

貴医療機関名		診療科	
		医師名	先生
住所			TEL:
			FAX:
希望受診科		希望医師名	医師への連絡
			済・未

〈希望受診日〉

①	月	日	曜日	②	月	日	曜日
③	いつでも良い()						

〈患者情報〉

フリガナ				生年月日: 大・昭・平	年	月	日
患者氏名	性別		年齢		歳		
	男・女		当院受診歴		有・無・不明		
住所							
電話番号 ()							

〈傷病名及び紹介目的等〉

傷病名/目的	<input type="checkbox"/> 別紙紹介状を確認下さい。 <input type="checkbox"/> 受診日前日までFAXします。	【コメント】
精査・精査加療		

・新型コロナ対策として問診の記載にご協力頂けますようお願い致します。

【新型コロナ問診】患者さん情報について		記載日: 月 日
① 1週間以内に新型コロナ患者との接触歴	<input type="checkbox"/> あり (月 日頃) ・ <input type="checkbox"/> なし	
② 発熱(37.5℃以上)	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	※ありの場合、現在の体温: ℃
③ 咳・咽頭痛・鼻水	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	
④ 新型コロナ罹患歴	<input type="checkbox"/> あり (時期: 年 月) ・ <input type="checkbox"/> なし	

※受診当日に発熱や持続する咳が出現している場合は、患者さんへマスク着用の上、受付時に申し出るようお願い下さい。

〈医療関係者各位〉

- ・本書面にてお申込み頂くことで、当院での待ち時間短縮を図ります。
- ・予約状況によりご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。
- ・お送りした予約票と貴院発行の紹介状、お薬手帳を持参頂くようご説明下さい。
- ・ご希望の診察日・検査日につきましては、当院診療案内・外来担当医表をご確認下さい。
- ・造影剤を使用する検査依頼の際、CRE, BUNもしくはeGFRの記入をお願い致します。

予約受付時間: 平日 8:30 ~ 17:00 お問い合わせ: 087-861-3261