

整形外科予約申込書

令和 年 月 日

重工記念長崎病院 地域連携室 行

電話番号 095-801-5517 / FAX番号 095-801-5520

FAX受付時間 月曜日～金曜日 08:30～16:30 (土日祝・年末年始を除く)

※緊急受診・入院の際は、地域連携室へご連絡ください。

★ご紹介前に下記項目の確認をお願いいたします。

- ① 5日以内に海外から帰国した はい いいえ
- ② 37.5℃以上の発熱や風邪症状がある はい いいえ
- ③ 1ヶ月以内に新型コロナウイルスに罹患した はい() いいえ
- ※「はい」の場合は罹患日を記載ください。

紹介元医療機関情報

紹介元医療機関名:

所在地:

診療科:

医師名:

ご連絡先: TEL () - / FAX () -

患者情報

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒 -			
連絡先	自宅 () - 携帯 () -	当院受診歴	無・有	
診察希望日	第1希望 月 日 () /		第2希望 月 日 ()	
希望担当医	無・有 (医師名:)		緊急性の有無	無・有
病名・症状等 または紹介目的				

・脊椎疾患受診希望の方はご記入ください

麻痺の有無	無・有 (部位:)	膀胱直腸障害の有無	無・有
-------	------------	-----------	-----

交通手段	自家用車 ・ 一般タクシー ・ 福祉タクシー (車いす ・ ストレッチャー) 施設車 (車いす ・ ストレッチャー) ・ その他 ()
------	-----------------------------------------------------------------------------

※事前の紹介状の提供をお願いいたします(原本は患者さんへお渡してください)

予約申込書に添付してFAXいたします 作成次第、FAXいたします

～当日お持ち頂くもの～

- ・紹介状・画像(必要な場合のみ)・予約票・診察券(お持ちの方)・おくすり手帳(お持ちの方)
- ・保険証(原爆手帳や後期高齢・公費医療証)

ご不明な点等ございましたら下記へご連絡ください。

重工記念長崎病院 地域連携室

電話番号 095-801-5517 (直通) / 095-801-5800 (代表)

予約取得後、ご紹介元医療機関へ予約票をFAXにて送信いたします。患者さんへお渡してください。