

佐世保中央病院 紹介患者予約申込書【FAX 用】

【患者情報】

申込日： 年 月 日

患者氏名	(フリガナ)	様	男	・	女
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	(歳)
住 所	〒				
電話番号	※当院より連絡する場合があります				

【予約内容】 ・「紹介目的」の記載、もしくは診療情報提供書の添付を必ずお願いします。

診療科			
希望受診日	月 日 ・ 無	希望医師名	・ 無
紹介目的・必要検査	☐ 診療情報提供書を添付		

新型コロナウイルス感染拡大防止確認事項

【海外を感染流行地域とする】

留意事項	◆感染流行地域への往来または転居されてから、1週間経過した時点で、貴院で発熱等の呼吸器症状がないことを確認の上、お申し込みください。		
体温	℃		
本人の 罹患歴	☐ 有 (発症日： /) ☐ 無	同居家族の 罹患歴	☐ 有 (続柄：) (発症日： /) ☐ 無
コロナワクチン	☐ 済 (最終接種日： 月 日【 回目】) ☐ 未		
呼吸器症状の有無	☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 咽頭痛 ☐ 呼吸苦 ☐ 無		
随伴症状の有無	☐ 倦怠感 ☐ 頭痛 ☐ 味覚・嗅覚障害 ☐ 腹痛・下痢 ☐ その他 () ☐ 無		

※希望受診日・希望医師がある場合、診療担当表をご確認の上記載をお願いします。

※放射線科(CT・MRI・RI)、認知症外来の予約は、担当部署にて受付を行います。

【紹介医療機関】

紹介元医療機関名	(担当者)
連絡先	電話番号：() - FAX 番号：() -

【 申込 FAX 番号：0800-7000-070 】

- ・ 平日 17:30 土曜日 12:00 以降に FAX 頂いた分は翌日(土日は月曜日)の返事になります。
- また、翌日受診希望の場合 17:00 以降 FAX では受付しておりません。お電話にてご相談ください。
- (電話受付時間：平日 8:30～17:30 土曜日 8:30～12:00)

社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院
地域医療連携センター
〒857-1195 佐世保市大和町 15
TEL:0120-33-8293 FAX: 0800-7000-070

2022 年 10 月 1 日作成