

佐世保中央病院 紹介患者予約申込書【小児科用】

【予約申込書・診療情報提供書】をFAXにて申込後、小児科外来より下記の連絡先にお電話します。

【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	H・R	年	月	日	(歳)	
住所	〒						
電話番号※				※当院より連絡しますので、必ずご記入ください			
時間帯※	:	~	:				

※平日 8:30~15:30 に連絡可能な【電話番号・時間帯】をご記入ください。

【予約内容】

診療科	小児科		
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（紹介状）を必ず添付してお申込みください。		
新型コロナウイルス感染拡大防止確認事項			
体温	℃ (持続日数 日 ※37.0以上の持続日数)		
本人の 3か月以内罹患歴	<input type="checkbox"/> 有 (発症日: /) <input type="checkbox"/> 無	同居家族の 3か月以内罹患歴	<input type="checkbox"/> 有 (続柄:) (発症日: /) <input type="checkbox"/> 無
呼吸器症状の有無	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 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。

【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 】

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