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								
体温	℃							
本人の3か月以内罹患歴	☐ 有 (発症日: /) ☐ 無							
呼吸器症状の有無	☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 咽頭痛 ☐ 呼吸苦 ☐ 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 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)

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

2025 年 4 月 1 日作成