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		
画像	□有　□無	※画像がある方は、予約前日までに事前に画像提供をご協力お願いします。	
同伴者家族 （原則 80 歳以上の方）	□有　続柄（　　） □無	必須	※糖尿病・膠原病内科　75 歳以上の方 ※消化器内視鏡科 80 歳以上　年齢関係なく治療目的の方 ※認知症・精神疾患などお持ちの方

新型コロナウィ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
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

2026 年 5 月 1 日作成