

# KKR高松病院 FAX診療検査申込書

FAX番号:087-834-1795

貴医療機関名		医師名  先生	
住所		TEL: ( )	
		FAX: ( )	
希望受診科		希望医師名	医師への連絡 済・未 医師

## 〈希望受診日〉

①	月	日	曜日	②	月	日	曜日
③	いつでも良い( )						

## 〈患者情報〉

フリガナ		生年月日: 大・昭・平 年 月 日		
患者氏名		性別	年齢	歳
		男・女	当院受診歴	有・無・不明
住所				
電話番号 ( )				

## 〈傷病名及び紹介目的等(可能でしたら紹介状の添付をお願い致します。〉

傷病名	紹介目的

### 【新型コロナ対策】患者さん情報について

- ① 2週間以内に本人の県外もしくは海外渡航歴 あり ( )・なし
- ② 2週間以内に県外/海外への訪問歴のある人との濃厚接触歴 あり ( )・なし
- ③ 発熱(37.5℃以上) あり・なし ※ありの場合、現在の体温: ℃
- ④ 味覚・嗅覚異常 あり・なし

**※受診当日に発熱や持続する咳が出現している場合は、患者さんへマスク着用の上、受付時に申し出るようお伝え下さい。**

## 〈医療関係者各位〉

- ①本書面にてお申込み頂くことで、当院での待ち時間短縮を図ります。
- ②お送りした予約票と貴院発行の紹介状、お薬手帳を持参頂くようご説明下さい。
- ③ご希望の診察日・検査日につきましては、当院診療案内・外来担当医表をご確認下さい。
- ④造影剤を使用する検査依頼の際、CRE, BUNもしくはeGFRの記入をお願い致します。
- ⑤予約状況によりご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。

予約受付時間:平日 8:30 ~ 17:00 お問い合わせ:087-861-3261