|  |  |
| --- | --- |
| **発熱外来 専用申込書** | **松下記念病院　　ＦＡＸ（０６）６９９２-６６９７　（医療連携専用）** |
| **診療情報提供書（ＦＡＸ紹介予約申込書）** | |

**松下記念病院　　発熱外来**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

㊞

**先生**

医療機関名

医師氏名

住所

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患  者 | フリガナ | 生年  月日 | □大　　□昭　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　□男　□女 | □平　　□令　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 電話番号　　（　　　　　　　）　　　　　　　　　　― | | |

**松下記念病院より直接ご紹介患者さまへお電話し、受診時の受付窓口等をご説明します。**

**診察ご希望の際には既往歴、症状経過なども記載してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| ①　既往歴  ②　家族歴  ③　症状経過  検査結果  治療経過  　　　　　　　　等  ④　処方 |  |
| 添付資料 | * 検査結果　　　　　　　　　　□その他 * 画像診断フィルム |

【備考】　ご依頼は平日の下記時間で対応しております。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 対応時間 | 受付締切 |
| 発熱外来 | 09：00 ～ 16：00 | 当日15：00迄 |

　　　　　　※上記時間外でのご依頼は、原則、翌開院日の予約となります

※急を要する場合は、救急外来で対応いたしますので、事前にお電話でご相談ください

松下記念病院　患者支援連携センター

直通TEL　（０６）６９９２-５３７３