

FAX 086-427-1197

倉敷平成病院 外来予約申込書(FAX送信用)

*予約日時が決まり次第、「受診予約票」をFAX送信いたします。 令和 年 月 日

紹介元 医療 機関名		医師名	
住 所	〒		
TEL	() —	FAX	() —
発信担当 部署		発信担当 氏名	

■患者情報

フリガナ	-----			生年月日	大・昭 平・令 年 月 日 (歳)		
患者氏名							
住 所	〒			性別	男・女		
TEL	() —	携帯電話	() —				

■予約内容(もの忘れ外来ご希望の場合は認知症疾患医療センターもの忘れ外来予約申込書をご利用下さい)

*希望医師がある場合

希 望 診療科		医師名	
------------	--	-----	--

*希望医師がない場合

<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科(<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> ニューロモデュレーションセンター)	<input type="checkbox"/> 整形外科(<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> スポーツ)
<input type="checkbox"/> 脳卒中内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 形成外科(<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 美容) <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 消化器科
<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 和漢診療科

主訴 (病名)	
------------	--

第1希望 受診日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分ごろ
第2希望 受診日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分ごろ
その他	

※診療情報提供書の添付をお願いいたします。

※FAXでのご予約は、受付時間内をお願いします。受付時間外は翌日の処理となりますのでご了承ください。



社会医療法人
全 仁 会

倉敷平成病院 地域医療連携センター TEL 086-427-6550 (直通)

〒710-0826 岡山県倉敷市老松町4-3-38 【受付時間】月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00

202007改

【FAX 予約問診票】

1	37.0℃以上の発熱がありますか。	ある	ない
2	1週間以内に37.0以上の発熱がありますか。 (℃) いつ()	ある	ない
3	咽頭痛がありますか。	ある	ない
4	喉のイガイガ感がありますか。	ある	ない
5	咳がでますか。	ある	ない
6	鼻汁が出ますか。	ある	ない
7	味覚異常がありますか。	ある	ない
8	嗅覚異常がありますか。	ある	ない
9	倦怠感・息切れがありますか。	ある	ない
10	1週間以内にかぜ症状のある方との接触がありますか。	ある	ない
11	2週間以内に本人または家族が海外・県外へいきましたか。 期間： 月 日 ～ 月 日まで 場所：()	ある	ない
12	2週間以内に海外・県外へ行った方との接触がありますか。	ある	ない
13	2週間以内に、屋内で多人数が集まる集会・イベントに参加しましたか。	ある	ない

※上記の設問に1つでも当てはまる場合は、原則、受診予約をお取りすることが出来ません。新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、何卒ご理解、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

※ただし、条件に当てはまる場合でも、緊急・重症・特別な理由で当院を強く希望される場合は、この限りではありません。