

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 患者氏名	- - - - -	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	(歳)
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(□一般 □ニューロモデュレーションセンター)	<input type="checkbox"/> 整形外科(□一般 □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(□一般 □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、受付時間内にお願いします。受付時間外は翌日の処理となりますのでご了承下さい。



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

問診票

【FAX 予約問診票】

患者氏名

生年月日

大・昭
平・令

年

月

日

問診者

1	37.0°C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。 (°C) 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。