

独立行政法人 地域医療機能推進機構 りつりん病院 診療 FAX予約 申込書

FAX番号 087-862-3253

令和 年 月 日

りつりん病院	
受診希望科	希望医師名
科	医師
受診希望日	
第1希望	月 日 曜日 (午前・午後)
第2希望	月 日 曜日 (午前・午後)
当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)	

紹介元医療機関
医師名
電話番号
FAX番号

ふりがな	性別	生年月日
患者氏名	男・女	明・大 昭・平 令 年 月 日 年齢 歳
住所 〒 -		
電話番号 ()		

診療依頼目的・病名 (※紹介状を添付してください。)

【新型コロナ対策】に関連する患者さんの情報について	
・ 2週間以内に、コロナに感染したことがある。	あり ・ なし
・ 2週間以内に、コロナ感染者との接触歴がある。	あり ・ なし
・ 2週間以内に、海外渡航歴がある。	あり ・ なし
・ 発熱(37.0℃以上)、呼吸器症状、味覚・嗅覚異常などの症状がある。	あり ・ なし

【FAX受付時間】 (平日) 9:00 ~ 16:30 ※土・日曜日、祝日・年末年始を除く。
 ※受付時間以外の予約票の返信は翌日の10時までには返信いたします。
 ※当日の診察予約はお取りできませんのでご了承ください。

【お問い合わせ先】 りつりん病院 地域医療連携室
 電話番号 087-862-3227 (直通)
 FAX番号 087-862-3253 (直通)