

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週間以内に本人及び家族の海外渡航歴、感染拡大地域への訪問歴、または、感染拡大地域へ訪問した人との接触歴がある。	あり ・ なし
・ 本人及び家族が新型コロナ感染症と確定した人との接触歴がある。	あり ・ なし
・ 発熱、咳等の風邪症状、息切れや味覚・嗅覚異常、倦怠感、充血等の症状がある。	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）