

医療機関専用

診療予約申込書

(新型コロナウイルス感染症拡大防止用)
(令和3年7月以降版)

済生会長崎病院 地域医療連携センター 宛

FAX番号 0120-548-397 (095-827-7025 直通)

受付時間：平日 8:30~18:00 土曜日 9:00~13:00 (日・祝祭日・年末年始休み)

※上記時間外については担当者不在の為、予約業務を中止しております。

ご紹介元医療機関名 : _____
 ご紹介元医師名 : _____
 ご住所 : _____
 ご連絡先 : TEL _____ FAX _____

★ご紹介前に、下記の項目の確認をお願いいたします。

1) 2週間以内に県外 (_____) または海外 (_____) に滞在していた	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
2) 37.5℃以上の発熱がある	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
3) 1) ~ 2) の方に2週間以内に接触した	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
4) 上記項目に「あり」がある場合 新型コロナワクチン接種： 2回目接種日 (月 日)	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未

尚、今後の感染拡大の状況により、予約日時を変更させていただく場合もございます。
 ご了承のほどよろしくお願いいたします。

希望診療科	<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科 肝臓内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科
	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 内分泌代謝 糖尿病	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科 脳卒中診療科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 婦人科
	希望する診療科にし をつけてください。	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	
希望担当医	無 ・ 有 (医師名 : _____)				
診察希望日	第1希望 月 日 (曜日)		第2希望 月 日 (曜日)		
病名・症状等 または紹介目的等	○希望の時間帯等あればご記入ください。 ※診療時間は9:00~12:00となっております。 ○検査等の予約を事前に取らせて頂く場合がございますのでご記入頂けると幸いです。				

※事前の紹介状の提供をお願いします。

診療予約申込書FAXに添付しています。	
作成次第、FAXします。	

(整形外科および産婦人科につきましては、
事前の紹介状の提供は必要ありません。)

患者さん情報				
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住 所	〒 _____		TEL (_____) _____	
済生会長崎病院 での受診歴	ある (_____ 科 年 月頃 ID番号 _____) なし			

事前カルテ作成の為、必ず保険情報の記入もお願いします。

保険者番号	_____
被保険者証	記号 _____
被保険者手帳の記号番号	番号 _____
被保険者との続柄	(本人 ・ 家族)
公費負担者番号	_____
公費負担医療の受給者番号	_____

※ ご不明な点は下記までお問い合わせください。
済生会長崎病院 地域医療連携センター (直通)
 TEL 0120-548-398
 (095-827-7021)

■ 予約が決まり次第、ご紹介元医療機関へ予約確認票をFAXで送信致します。患者さんへお渡しください。