

香川大学医学部附属病院 FAX 診療申込書

FAX 番号 087-891-2412

患者様のプライバシー保護のため、おかけ間違いの無いようお願いいたします。

※ 赤字の項目は必ずご記入をお願いします。

◆ セカンドオピニオンをご希望の場合は申込方法が異なります。ホームページをご覧ください、電話でお問い合わせ下さい。

香川大学医学部附属病院			
受診希望科		希望医師名	
科		医師	
希望来院日			
第1希望	月	日	曜日 (時頃)
第2希望	月	日	曜日 (時頃)
当院 受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)			

貴施設 住所	〒	—
病・医院		科
医師名		先生 印
TEL:		
FAX:		

患者様氏名 (カタカナ)		生年月日	
姓		明・大・昭・平	年 月 日
名		(歳)	
性別	男 ・ 女		

検査データ等の有無	☐ 無 ・ ☐ 有 (☐ X線 ・ ☐ CT ・ ☐ MR ・ ☐ その他)
紹介目的及び傷病名 (※可能でしたら紹介状を添付して下さい。)	
※担当科が不詳の場合にも必ずご記入ください。 ※希望科・医師への依頼事項をご記入ください。	

◆ FAX 受付時間 9:00~16:00(月~金) ※土・日曜日、祭日・年末年始は除く

《 当日の受診を希望される場合は、各診療科外来の受付へ直接お問い合わせ下さい。 》

○ 受付時間内にお申し込み頂いた場合

通常15分以内に FAX で“外来予約票”を返信いたします。患者さまに貴院で作成した“診療情報提供書”と一緒にお渡し下さい。

○ 受付時間外にお申込みされた場合

原則、外来予約票の返信は翌日(土・日、祭日・年末年始は除く)の10:00までとなります。

○ 予約希望日が申込み翌日の場合

必ず前日の FAX 受付時間内に送信して下さい。(FAX 受付時間が過ぎますと予約がお取りできません。)

◆ 診療科、医師名、診察日に関しましては当院の診療案内やホームページの外来担当医一覧をご参照下さい。

◆ 予約状況によりご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。

【問い合わせ先】 香川大学医学部附属病院 地域連携室 直通 087-891-2417