

FAX受診予約申込書

(申込日) 年 月 日

(お願い)

- * 受診当日に紹介状及び保険証を持参されるよう患者様にご指示をお願いします。
- * ご不明な点がありましたら病院連携担当までお問い合わせ下さい。(電話:088-631-0110)

医療機関名

医師氏名

TEL () -

FAX () -

外来受診希望日	年 月 日 () [午前・午後]		
希望受診科	科	医師名	
フリガナ			
患者様氏名	様	性別	男・女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号	※日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(急な休診時のご連絡等のため)		
川島病院受診歴	無・有 = 患者番号()		※川島透析クリニック、鴨島・鳴門・脇町・阿南川島クリニックを含む。 ※患者番号がわからない場合は未記入で結構です。
紹介目的 (必ずご記入下さい)			

◆**保険情報** ※カルテ頭書きの全項目を下記にご記入下さい。資格取得日、事業所名もお忘れなく。(保険証コピー貼付可)

保険者番号		
記号・番号	.	
事業所名称		
被保険者名		本人 家族
資格取得	年 月 日	
有効期限	年 月 日	

公費負担番号	
受給者番号	
資格取得	年 月 日
有効期限	年 月 日
備考	(負担割合: 割)

- FAX対応時間 月～金 9:00～12:00 14:00～17:00 (土日祝祭日、年末年始は除く。) なお、FAXの受信は24時間終日可能です。
時間外、土日祝祭日に受信したFAXについては、翌日または休み明けの対応となります。
緊急の場合は、電話での申し込みも受け付けています。

体調チェック表 (FAX 予約専用)

記載日： 年 月 日

(ふりがな) 氏名：	生年月日： 年 月 日
電話番号： - -	現在お住いの都道府県：

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、お手数ですが、ご記入にご理解とご協力をお願いいたします。

	質 問		
①	過去 14 日以内に、37.5 度以上の発熱があった	ある	なし
②	「咳が出る」「のどの痛み」など、風邪のような症状がある	ある	なし
③	「においがわかりにくい」「味がわかりにくい」症状がある	ある	なし
④	過去 14 日以内に、新型コロナウイルス感染者、またはコロナウイルス検査をした方との接触がある	ある	なし
⑤	現在、同居している人に発熱や咳などの新型コロナウイルス感染症を疑う症状がある	ある	なし
⑥	過去 14 日以内に、県外を行き来した家族、または同居人がいる 【都道府県名： 】	いる	なし
⑦	過去 14 日以内に、自分自身が県外への行き来がある 【都道府県名： 】	ある	なし
⑧	過去 14 日以内に、人の集まる集会や飲食の場、イベント会場、カラオケなどに参加したことがある	ある	なし
⑨	新型コロナウイルスのワクチン接種を受けたことがある	ある	なし
	ワクチン接種 1 回目：2021 年 月 日 ワクチン接種 2 回目：2021 年 月 日		

※上記質問の、①～⑧に該当する場合は、来院後、車や別室にてお待ち頂く可能性があります。