|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **高松市立みんなの病院FAX診療申込書（妊婦紹介用）** | | | | |
| **FAX番号　　　0120-834-224（県内専用）　又は　087-813-6799** | | | | |
| フリーダイヤルは県内からのみご利用いただけます。患者様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。 | | | | |
|  | 【貴施設名】 | 病院・医院･ｸﾘﾆｯｸ | | 科 |
| 【医師名】 | 先生 | | |
| 【住所】 | 〒　　　－ | | |
| 【TEL】（　　　）　　　－ | | 【FAX】（　　　）　　　－ | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診希望科 |  | 希望医師 |  | |
|  | 産 婦 人 科 |  | 医師 | |
| 希望来院日 | ①　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　 　　時　　　分 | | |  |
| ②　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　 　　時　　　分 | | | ③　いつでもよい |

【問い合わせ先】高松市立みんなの病院 地域医療・患者支援センター 予約受付事務担当　井上・網野・濱口

**TEL.087-813-6699（予約問い合せ直通）／　FAX.087-813-6799（FAX予約専用）**

　 【受付時間】　平日　８時30分～18時　　　土曜日　９時30分～13時　※祝日除く

　　 ※FAX予約受付の時間外・休日は翌平日の８時30分以降（土曜日は９時30分以降）の対応となります。

診察日に関しましては当院の【外来担当表】をご参照ください

～高松市立みんなの病院のホームページ（takamatsu-municipal-hospital.jp)からご覧いただけます～

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 男  ・  女 | | 生年月日 | 昭 ・平  令  西暦 | 年　 　月 　 　日生  （　　　　　歳） |
| 患者氏名 | | （旧姓　　　　　　　） | |
| 患者住所  連絡先 | | 〒　　　　－  ℡（　　　　　　）　　　　　―  ※　休日中に予約変更をお願いする場合があるので、可能でしたら連絡先をご記入ください | | | | | | |
| 高松市立みんなの病院受診歴  （旧　高松市民病院、香川診療所） | | | （　有　・　無　・　不明　） | | 医師への事前連絡 | | | （　有　・　無　） |
| 現在貴院に | □ 外来通院中 （　□ 保険診療　　□ 事故　　□ 労災　　□ その他　）  □ 入院中 （　□ ＤＰＣ対象　　□ ＤＰＣ対象外　）　□ 介護施設入中（　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 【主訴又は傷病名】紹介状を添付、又は、予約完了後にご送信ください。　　　　　 　 ※　帰省日  （里帰り分娩の方は香川県内で2週間待機の上、31～33週前半で受診いただけるようご紹介ください）（　　　年 　月　　日）  既往分娩（　　　回）　うち、帝王切開（　　　回）  最終妊婦健診日：　　月 　　日（　　w　　d）  母子手帳　□あり　　□なし  既往歴：□なし □あり（病名　　　　　　　　　　　　）  合併症：□なし □あり（病名　　　　　　　　　　　　）  ※コロナの問診票と一緒にご送信ください。  週　　　　日　　予定日　 　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 〈医療関係者各位〉  1．このFAX診療申込書により当院での外来受診の待ち時間短縮を図ります。  2．受付時間内にお申し込みをいただいた場合、なるべく20分以内に予約受付票を返信いたします。  3．患者様には＜予約受付票・診療情報提供書＞をお渡しください。  4．妊婦さんをご紹介いただく場合は平日８時30分～17時の対応となります。また、平日17時以降にお受けした  　　FAX診療申込予約についても翌平日の８時30分以降の対応となります。  5．放射線科検査予約は放射線科受付へ連絡してください。※平日８時30分～17時（代表：087-813-7171）  6．当日の診療申し込みは各診療科の医師に、緊急時はホットラインに直接お電話にて連絡をお願いします。 | | | | | | | | |

****

2021.9.改訂