

<つがる総合病院 脳神経外科外来 受診申込書>

診療情報提供書（紹介状）を添え、地域連携室へFAXでお申込みください。

【FAX番号 0173-33-4501】

(貴院の) 医療機関情報	病院名		ふりがな		性別	
	診療科		氏名		男・女	
	主治医		生年月日	年 月 日 (歳)		
	TEL		患者様情報 本人（同居者含む）や同じ職場の方で、10日以内に新型コロナウイルスに感染したり、新型コロナウイルス陽性患者と濃厚接触した方はいらっしゃいますか？ 【 いる ・ いない 】			
	FAX		【いる】の場合	いつ (_____)	だれが (_____)	どこで (_____)

<受診希望日>

第1希望	第2希望	<input type="checkbox"/> 指定なし、いつでも可
令和 年 月 日 ()	令和 年 月 日 ()	

- ※1 受診日決定の連絡に時間を要する場合があります。また、受診希望日が翌日の場合は変更をお願いする場合があります。
- ※2 受診日が決まりましたら、患者さんへの連絡をお願いします。
- ※3 変更やキャンセルなどの連絡は、脳神経外科外来をお願いします。

お問い合わせ：つがる総合病院 脳神経外科外来 TEL:0173-35-3111 (代)

つがる総合病院 脳神経外科外来 記入欄 氏名 _____ 様

受診日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)

午前・午後 _____ 時までに受診してください。

※診察状況によってはお待ち頂くこともありますので、ご了承下さい。

当日同伴される御家族も、県外（海外含）への移動や、移動された方との接触がないか確認をお願いします。
また、受診時はマスクの着用をお願いします。