記載日：　　年　　月　　日　　　　　　　　　　紹介元

**受診予約時の事前情報提供のお願い**

下記の事項について事前に確認をさせてください。

患者氏名：　　　　　　　　　　　 生年月日：

1. **本日の体温**：
2. 感冒症状（咳・喀痰・咽頭痛など）

（　　なし　　・　　　あり：　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 集団保育（就学）している（ なし ・ あり ：通園・通学先名 　　　　　　　　）
2. 集団生活での感染状況　（流行している疾患：　　　　　　　　　　　　　　　）

**【**同伴される方**・家族内**の状況をお聞かせください**】**

1. 家族の感冒症状、呼吸器症状

（　　なし　　・　　　あり：　　　　　　　　　　　　　）

1. 家族の発熱の有無

（　　なし　　・　　　あり：　　　　　　　）

1. 来院時の同伴者（続柄）：
2. 同伴者の電話番号：

**※この用紙を地域医療連携室宛にFAXしてください**

　　　　　　　　　　　　　　　 済生会下関総合病院　地域医療連携室　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話083-262-2320　FAX083-262-2321