宮崎大学医学部附属病院初診予約申込書

**FAX番号 0985-85-9715（予約専用）**

受付：月～金曜日　午前9時00分～午後4時00分

土・日・祝日・12月29日～1月3日は除く

電話番号　0985-85-9606（連絡先）

【紹介元医療機関名及び所在地】　　　　　　　　　　　申込日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | | |
| 医師名 |  | 担当者名 |  |
| 電話 | ( ) - | FAX | ( ) - |
| 所在地 | 〒　　　　- | | |

※宮崎大学医学部附属病院受診歴（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）

【患者情報】　　　　　　　　　　　　　（二重登録防止のため、結婚等で改姓された方は旧姓を記載ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 旧姓（　　　　　　　） | 性　　別 |
| 患者氏名 |  | 男　　女 |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　日（　　　　　　歳） | |
| 患者住所 | 〒　　　　-  電話番号( ) -　　　　　　　　携帯番号( ) - | |
| 受診希望科 | 受診を希望される診療科を○で囲んでください。  **内科：**循環器　腎臓　血液　脳神経　呼吸器　内分泌・代謝・糖尿病  膠原病・感染症　　　消化器（ 消化管疾患　肝臓疾患　胆膵疾患 ）  **臨床腫瘍科：**消化器癌化学療法　原発不明癌化学療法  **外科：**肝胆膵　消化管・内分泌・小児　心臓血管　呼吸器・乳腺　形成  **整形外科：**下肢　脊椎　側弯症　肩　肘　手　スポーツ　リウマチ　高次脳機能障害 　　　　　　**皮膚科　　　　泌尿器科　　産科・婦人科**（ 遺伝カウンセリング ）  **放射線科　　　麻酔科　　　脳神経外科　　歯科口腔外科・矯正歯科** | |
| 医師名 | □希望あり（　　　　　　　　　　　　　）　　□希望なし  ※可能な限り、希望医師のご記載をお願い致します。  ※希望される医師の都合により、ご希望に添えない場合があります。予めご了承ください。 | |
| 受診希望日 | 第1希望日　　　　年　　月　　日　　　　第3希望日 　　　年　　月　　日　　第2希望日　　　　年　　月　　日　　　　□　受診希望日なし  ※希望日に空きがない場合は、直近の予約診療日となりますのでご了承ください。 | |

**診療情報提供書を併せてお送りください**

※当日予約希望など、急を要する場合は本院システムではなく、直接該当する診療科外来へご連絡をお願いします。