

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)

申込日 年 月 日

電話番号 0985-85-1225 (連絡先)

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

【紹介元医療機関名及び所在地】

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	受診される診療科を○で囲んでください。 膠原病・感染症内科 消化器内科 (胆膵のみ) 肝胆膵外科 消化管・内分泌・小児外科 心臓血管外科 呼吸器・乳腺外科 形成外科 皮膚科 泌尿器科 産科・婦人科 放射線科 麻酔科 脳神経外科 歯科口腔外科・矯正歯科 がんセンター	
医師名	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり () 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2希望日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診希望日なし 第3希望日 年 月 日	

※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。