

宮崎大学医学部附属病院初診予約申込書（小児科）

FAX 番号 0985-85-9715（予約専用）

申込日 年 月 日

電話番号 0985-85-9606（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、改姓された方は旧姓を記載してください）

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	※□にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 内分泌代謝 <input type="checkbox"/> 感染免疫 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 血液腫瘍		
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

※予約日時が確定次第、「初診予約報告書・初診予約票（患者さん用）」をFAXでお送りします。

※「診療情報提供書」の原本は、「初診予約票（患者さん用）」とともに患者さんへお渡しし、当院受診当日にお持ちいただくようお願い下さい。