

※必ず事前に専用電話で当院の担当医師と相談してください

FAX番号 0985-85-9715 (土曜専用)

問い合わせ先：総合予約室 0985-85-9606

土曜日受付：午前8時30分～午後1時00分

【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) 有の場合は(患者ID)

【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 () -	
患者の状況	・ 緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
	・ 緊急入院の可能性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
相談した診療科	相談された診療科を○で囲んでください。 循環器内科 精神科 皮膚科 腎臓内科 小児科 泌尿器科 血液内科 肝胆膵外科 眼科 脳神経内科 消化管・内分泌・小児外科 耳鼻いんこう・頭頸部外科 呼吸器内科 心臓血管外科 産科婦人科 内分泌・代謝・糖尿病内科 呼吸器外科 放射線科 膠原病内科・感染症内科 乳腺外科 麻酔科 消化器内科 形成外科 脳神経外科 整形外科		
相談した大学の担当医師名 (必須)	※必ず事前に専用電話で当院の担当医師へご相談いただき、相談した当院の医師名を記載ください。		
土曜当日受診予定日時		後日受診希望日※当日受診の場合は記載不要	
年 月 日 (土)		第1希望日 年 月 日	
時 分		第2希望日 年 月 日	
		第3希望日 年 月 日	

診療情報提供書を併せてお送りください



回答が月曜日以降になる場合がありますので、ご了承ください。