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（4 月以降変更になります）　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 □ 発達　□ 神経　□ 循環器 □ 内分泌代謝　□ 感染免疫　□ その他 □ 腎臓　□ 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　□ 受診希望日なし 第 3 希望日　年　月　日 ※2026 年 4 月以降は、木曜日は休診日、土曜日は診療日です。土曜日の予約を受付しております。	

※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

※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伝え下さい。