宮崎大学医学部附属病院耳鼻科初診予約申込書

FAX 番号 0985-85-9715（予約専用）

申込日　　年　　月　　日

電話番号　0985-85-9606（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、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（　　）　　－	
質問事項	空欄を記載または該当項目を○で囲んでください。 病名または症状（　　） 紹介目的（手術希望、精査希望、悪性疾患鑑別、合併症併発疑い、その他：　　） 生活歴（喫煙：　　飲酒：　　） 既往歴（高血圧、糖尿病、喘息、心疾患、その他：　　）	
医師名	□希望なし　□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　指定ない場合　□　2週間以内 第 2 希望日　　年　　月　　日　□　1ヶ月以内 第 3 希望日　　年　　月　　日　□　受診希望日なし **※2026 年 4 月以降は、木曜日は休診日、土曜日は診療日です。土曜日の予約も受付しております。**	

※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

※当日予約希望など急を要する場合は、直接耳鼻科へご連絡をお願いします（外来 85-9889、病棟 85-1042）。