

# 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)

電話番号 0985-85-1225 (連絡先)

受付:(月～金曜日)

※急を要する場合は本院システムではなく直接ご連絡をください。

(午前9時00分～午後4時00分)

紹介元医療機関様所在地及び病院名

土・日・祝日・12月29日～1月3日は除く

病院名		電話	( ) -
医師名		FAX	( ) -
所在地	〒 -		

※宮崎大学医学部附属病院受診歴 (有・無・不明)

紹介元病院に	入院中 ・ 通院中	※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	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)	
患者住所	〒 -		電話番号 - - 携帯電話 - -
受診希望科	科	医師名	
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

※ 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。

### 保険情報

保険者番号		記号・番号	
交通事故	はい ・ いいえ	労災事故	はい ・ いいえ

傷病名・目的等

傷病名・目的等
---------