

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 0985-85-1225 (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、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	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2週間以内 第2希望日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 第3希望日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診希望日なし	

※希望日に空かない場合は、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)。