宮崎大学医学部附属病院初診予約申込書

ボツリヌス療法専用

**FAX番号 0985-85-9715（予約専用）**

申込日　　　　　年　　　　月　　　　日

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

電話番号　0985-85-1225（連絡先）

【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( ) - | |
| 受診希望科 | 整形外科／リハビリテーション科 | |
| 受診希望日  (水・金のみ) | 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 | |

※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。

**診療情報提供書をお送りください。**

診療情報提供書に下記の記載がない場合は、併せて情報提供をお願いします。

・脳血管疾患については、発症日又は診断日

・痙縮治療（薬剤、その他）

・身体障害者手帳の有無と等級