

# 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 0985-85-9606 (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】 申込日 年 月 日

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	受診を希望される診療科を○で囲んでください。 <b>内科：</b> 循環器 腎臓 肝臓 血液 脳神経 呼吸器 内分泌・代謝・糖尿病 膠原病・感染症 消化器 (消化管疾患 胆膵疾患) <b>臨床腫瘍科：</b> 消化器癌化学療法 原発不明癌化学療法 <b>外科：</b> 肝胆膵 消化管・内分泌・小児 心臓血管 呼吸器・乳腺 形成 <b>整形外科：</b> 下肢 脊椎 側弯症 肩 肘 手 スポーツ リウマチ <b>皮膚科</b> <b>泌尿器科</b> <b>産科・婦人科</b> <b>放射線科</b> <b>麻酔科</b> <b>脳神経外科</b> <b>歯科口腔外科・矯正歯科</b>		
医師名	<input type="checkbox"/> 希望あり ( ) <input type="checkbox"/> 希望なし ※可能な限り、希望医師のご記載をお願い致します。 ※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      第3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。		

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、急を要する場合は本院システムではなく、直接該当する診療科外来へご連絡をお願いします。