

# 宮崎大学医学部附属病院初診予約申込書 (小児科)

## 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 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、改姓された方は旧姓を記載してください)

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	※□にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 発達遺伝 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 内分泌代謝 <input type="checkbox"/> 感染免疫 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 血液腫瘍	
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 第3希望日 年 月 日	

※希望日に空がない場合は、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**

※予約日時が確定次第、「初診予約報告書・初診予約票(患者さん用)」をFAXでお送りします。

※「診療情報提供書」の原本は、「初診予約票(患者さん用)」とともに患者さんへお渡しし、当院受診当日にお持ちいただくようお願い下さい。