

初診紹介予約申込書

独立行政法人
国立病院機構

都城医療センター 地域医療連携室 行 【FAX0986-26-1893】

※緊急性がある場合はDrへ直接ご連絡ください。

【貴院医療機関情報】

名称			
(所在地)			
電話番号		FAX番号	
診療科名		主治医名	

【患者情報】

貴院に	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。	
ふりがな	旧姓()		性別
氏名			男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	()才
住所			
	電話() -		
その他連絡先	勤務先電話 または 携帯電話()		
受診予定日	第1希望日 平成 年 月 日(曜日)	□ 受診希望日なし	
	第2希望日 平成 年 月 日(曜日)		

【診療希望科】

<input type="checkbox"/> 内科(血液)※	<input type="checkbox"/> 内科(肝臓)	<input type="checkbox"/> 消化器病センター	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> リウマチ科
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 障がい者歯科	<input type="checkbox"/> NST外来	<input type="checkbox"/> がんサポート外来	<input type="checkbox"/> 緩和ケア外来
<input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリング外来				

【傷病名・紹介目的等】

緊急性(有・無)	来院方法(救急車・その他)	当院の受診歴(有・無)
(傷病名・紹介目的等)		

※ 血液内科へご紹介の際は最新の血液データの添付をお願いいたします。

※ 遺伝カウンセリング外来は保険適用外となりますのでご了承ください。

● FAXを受信しましたら、予約が取れ次第「予約報告書」を送信しますので、患者様にご連絡ください。

(返信までに30分程度お時間を頂いております。但し、外来の診察状況によっては、お返事に時間を要する事がありますのでご了承ください。)

● 予約申し込み 受付時間は午前8時30分から午後4時45分までとなっています。

これ以降は翌日の返事となっています。(緊急の場合及び土・日・祝を除く)

地域医療連携室

フリーダイヤル 0120-411-329(直通)

FAX番号 0986-26-1893