

長崎みなとメディカルセンター
 〈FAX〉 095-821-1116

【紹介患者診療申込書】 年 月 日

①予約申込み ②カルテ作成用 (受診日未定または通常受付時間8:30~11:00受診希望)

※ご希望の□にチェックし、下記記入後FAXをお願いします。

紹介元医療機関名

所在地

診療科・医師氏名

ご連絡先 TEL () - FAX () -

受診希望日	令和 年 月 日 ()		
診療科	02 小児科	04 整形外科	05 産科・婦人科
	06 泌尿器科	07 皮膚科	08 眼科
希望医師名	09 耳鼻咽喉科	10 心療内科	11 放射線科
	13 形成外科	14 消化器内科	15 心臓血管内科
紹介目的 (簡単にご記入をお願い致します)	16 呼吸器内科	17 脳神経内科	18 糖尿病・内分泌内科
	20 血液内科	21 臨床腫瘍科	22 腎臓内科
	30 消化器外科	31 呼吸器外科	32 乳腺内分泌外科
	33 脳神経外科	34 心臓血管外科	49 小児外科

※放射線科、心療内科・精神科のご予約は095-822-3251(代)より直接各外来へご連絡ください。予約票の発行はありません。

※糖尿病・内分泌内科、脳神経内科、小児外科の初診は完全予約制となります。

※検査によっては、当日に出来ない検査(胃カメラ・大腸カメラ・冠動脈CTなど)もありますので御了承下さい。

【患者情報】

フリガナ		旧姓	男・女	T・S・H・R / 西暦	
患者氏名	()	()		年	月 日 (歳)
住所	〒				
TEL	() -	受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
携帯	() -				

FAX受付時間：月曜日～金曜日 8:45～16:30(祝祭日・年末年始を除く) ※16:30以降は翌日対応です

受診される患者さんへ

・受診日当日は1階総合案内へお越しください。

・お持ち頂くもの

紹介状(診療情報提供書) 診察券(お持ちの方) 予約票または本紙

保険証・公費受給者証等 レントゲンフィルムなど(必要な場合のみ)