

保健者番号									
記号・番号									
被保険者との続柄									

独立行政法人国立病院機構

嬉野医療センター 診療予約申込書

F A X 0 1 2 0 - 4 7 3 - 4 8 9

年 月 日

受診希望診療科 _____ 科 紹介元医療機関名 _____

希望医師名 _____ 医師・無 _____

受診希望日 ① _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 所在地

② _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

③ 希望日に関するコメント { _____ } TEL/FAX _____

④ 希望なし

医師への連絡 済

紹介医師名 _____ 印

フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所 (〒 _____)
患者氏名		携帯電話 :
旧 姓		固定電話 :
生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日生 () 歳		
紹介目的 (傷病名等)		

受付時間：平日 8：30～17：00

F A Xは24時間受け付けますが、平日17：00以降、土・日祝祭日の場合、お返事は後日になります。

【当日の緊急紹介や転院依頼につきましては、

病院代表 (0954-43-1120) にお電話をお願いします】

診療情報提供書

平成 年 月 日

(紹介先)

独立行政法人国立病院機構
嬉野医療センター

(紹介元)

医療機関名
(スタンプ可)

所在地

TEL/FAX

科

先生

受診の

希望日

月

日 ()

時頃

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒		TEL	()
紹介目的	(紹介後の方針に関する希望)			
主訴及び 傷病名				
既往歴 及び 家族歴	薬物アレルギー			
病状経過 治療経過 検査所見				
現在の処方				

持参資料 (無・有……×線フィルム・検査記録・心電図記録)

