

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

受付時間：平日 9：00～16：00

FAXは24時間受け付けますが、平日16：00以降、土・日祝祭日の場合、お返事は後日になります。

※予約表に尽きましては、平日の14時までに返信できるよう調整いたします。

午前中は大変混み合っておりますので、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

※翌日の診療を希望される場合は、原則として前日（平日）の15時までにお申し込みをお願いいたします。

**【当日の緊急及び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

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

# 診療情報提供書

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	住所 (〒 _____ )
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男	
旧 姓	<input type="checkbox"/> 女	携帯電話 :
生年月日 T・S・H・R 年 月 日生 ( ) 歳		固定電話 :
紹介目的 (傷病名等)		
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……X線フィルム・検査記録・心電図記録)