

県立宮崎病院予約依頼書（ファックス専用）

平成 年 月 日

県立宮崎病院医療連携科 宛

(FAX : 0 9 8 5 - 3 8 - 4 1 6 6)

紹介元医療機関名称

電話 :

FAX :

当院の患者様について、県立宮崎病院での診察を下記のとおり予約します。

1. 患者様の受診希望日（希望日の有無を○で囲み、希望ありの場合は年月日をご記入ください）

希望なし

希望あり 第1希望 平成 年 月 日 (曜日)

第2希望 平成 年 月 日 (曜日)

※予約希望日は、翌々日より受け付けます。

2. 受診診療科について（診療科を○で囲み、医師指定のご希望があればご記入してください。紹介診療科がわからない時には、ご記入されなくて結構です。）

内科 循環器科 神経内科 小児科 外科 整形外科
脳神経外科 心臓血管外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科
眼科 耳鼻咽喉科 歯科口腔外科 小児外科

【 先生

3. 紹介患者様への予約日の連絡方法をチェックしてください。

() 紹介元医療機関様から患者様へ連絡をする。

() 県立宮崎病院から患者様へ連絡をする。

4. 患者様について

※フリガナは必ずご記入ください。

フリガナ

性別 男性 ・ 女性

氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日

連絡先(電話番号・携帯番号)

県立宮崎病院受診歴 有 ・ 無 入院中 一般 ・ 療養型

5. ご依頼目的、病名、症状、緊急度などについてご記入ください。

※受付時間についてのお知らせ 平日：午前8時30分～午後4時45分までとさせていただきます。

時間外及び、土・日祝日はお受けできません。平日の受付時間内のご予約をお願いいたします。

医療連携科外来受診予約窓口電話番号 0985-24-4181（内線2132）