

※整形外科・精神科神経科は **FAX** 予約ではありません。
 ※整形外科は Web での予約をお願いいたします。

長崎大学病院

地域医療連携センター 行

FAX 番号 095-819-7305

TEL : 095-819-7930

受付：月～金 9:00～16:45（祝日・12月29日～1月3日の間を除く）翌日診療受付は、15:00まで
 ※急を要する場合は本予約システムではなく、直接 診療科にご連絡ください。

長崎大学病院紹介患者予約申込書

受診希望日 _____ 年 月 日 ()

画像検査予約は、検査4日前の12:00
 が締切となります（但し、土日祝日は
 含まない）

受診希望診療科 _____

受診希望医師名 _____ ・無

長崎大学病院受診歴（有・無） _____ 希望日に関する
 コメント _____

ご紹介患者情報

※事前カルテ作成のため、フリガナ・生年月日も必ずご記入ください。

※二重登録防止のため、旧姓がある方はご記入ください。

フリガナ 氏 名	旧姓 ()	性別 男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
住 所	〒 _____ 電話 () _____	
緊急連絡先	() 続柄;	

ご紹介目的・傷病名等（現在入院中の患者様はその旨ご記入ください）

※心臓血管外科・循環器内科・呼吸器内科へのご紹介時は身長・体重の記載をお願いします。

・身長; _____ cm ・体重; _____ kg

※日本国内で有効な公的保険資格 _____ あり _____ なし _____

※日本国内で有効な公的保険資格を有していない外国人患者さんについては、

診療報酬点数1点につき30円を請求いたします。

紹介元医療機関情報

名 称		
所 在 地		
電話・FAX	TEL	FAX
診療科・主治医名	科・主治医名	

※加療後の情報提供の希望（必ずいずれかに○をつけてください）

希望する _____ ・ 希望しない _____