

長崎大学病院  
地域医療連携センター 行

FAX 番号 095-819-7305

電話 : 095-819-7930

受付 : 月~金 午前9時00分~午後5時00分 (祝日・12月29日~1月3日の間を除く)

※急を要する場合は本予約システムではなく、直接診療科にご紹介ください。

## 長崎大学病院紹介患者予約申込書

受診希望日 平成 年 月 日 ( )

翌日診察希望の場合は午後3時までに送信ください。

受診希望診療科 \_\_\_\_\_

画像検査予約は、検査3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

※二重登録防止のため、近年結婚等で改姓された方は旧姓を記載ください。

フリガナ 氏 名	旧姓 ( )	性別 男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
住 所	〒 _____ 電話 ( ) - _____	
その他連絡先	勤務先電話または携帯電話 ( )	

ご紹介目的・傷病名等 (現在入院中の患者様はその旨ご記載ください)

[ \_\_\_\_\_ ]

加療後の逆紹介の希望 (○をつけてください)

希望する ・ 希望しない

### 保険情報

保険者番号			
記号・番号	記号	番号	
資格取得日	年 月 日		
被保険者氏名	被保険者との続柄		本人・家族
	公費負担者番号		受給者番号
原爆等			

### 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		

※ 事前カルテ作成のため、紹介患者情報 (フリガナ・生年月日もお忘れなく)、保険情報は必ずご記入ください。