

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 9:00～16:45（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 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) 翌日診察希望の場合は 15:00 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・令 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 ( )	

※ 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。

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）

妊孕性温存紹介

※心臓血管外科・循環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

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

## 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	