

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<br>氏 名 | 旧姓 ( )                 | 性別<br>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)

|  |
|--|
|  |
|--|

※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 |     |