

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)

長崎大学病院紹介患者予約申込書

子宮頸がんワクチン副反応 紹介患者専用

長崎大学病院受診歴 (有・無)

ご紹介患者情報

フリガナ 氏 名	旧姓 ()		
生年月日	平・令	年	月 日 (歳)
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。

紹介患者さんの副反応症状を簡単にご記載ください

- ★ 診療情報提供書も一緒にお送りください。
- ★ 症状・年齢等により、対応診療科が決まるまである程度の日数がかかります。
- ★ 予約日時・診療科が決まり次第、貴院に予約決定FAXをお送りしますので、患者さんに予約日時をお伝えいただきますようお願いいたします。

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		