

指宿医療センター 予約申込書

地域医療連携室 宛 FAX 0993-22-2772

TEL(連携室) 0993-22-2233
(代表) 0993-22-2231

お申込日 年 月 日

* 予約受付時間は平日8:30～16:00(土日祝日・年末年始除く)までです。受付時間外のお申込は翌日の対応となります。

* 緊急を要する場合や直接入院を希望される場合は当該診療科の医師に直接ご連絡下さい。

【医療機関様情報】

医療機関名
診療科名
医師名
TEL
FAX

【患者様情報】

氏名	(ふりがな)	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (才)
	☐ 男 ☐ 女		
住所	(〒 -)	電話番号	* 必ず連絡がつく番号をご記入下さい。
		現在の入院状況	☐ 有 ☐ 無

【希望内容】

紹介目的 (主訴・症状など)			
希望の診療科		希望の医師	☐ 医師希望なし
第1希望	年 月 日 ()		☐ 日時の希望なし
第2希望	年 月 日 ()		☐ 予約不可日あり
第3希望	年 月 日 ()		()
患者様待ち状況	☐ 患者様待機中 ☐ 既に帰宅		

※眼科、産婦人科のご予約は、直接外来で受付けております。平日14時～16時までに各外来へご連絡をお願い致します。

※診療情報提供書は、予約日の2営業日前までにFAXをお願いします。

※CT・MRI・RI検査等をご希望の場合は別紙「検査申込書」もご記入いただき合わせてfaxをお願いします。