

整形外科予約申込書

令和 年 月 日

重工記念長崎病院 地域連携室 行

TEL:095-801-5517 / FAX:095-801-5520

FAX受付時間 月曜日～金曜日 08:30～16:30 ※土日祝・年末年始を除く

※緊急受診・入院の際は地域連携室へご連絡ください。

紹介元医療機関情報			
紹介元医療機関名			
所在地			
診療科		医師名	
ご連絡先	TEL()	—	/ FAX() —

患者情報				
フリガナ		旧姓	男	大・昭・平・令 / 西暦
患者氏名		()	女	年 月 日 (歳)
住所	〒			
TEL	()	—		
携帯	()	—		
受診希望日	第1希望	月 日 ()	/	第2希望 月 日 ()
希望医師名	無	・ 有	(医師名:)

※事前の紹介状の提供をお願いいたします。(原本は患者さんへお渡してください)

予約申込書に添付してFAXいたします 作成次第FAXいたします

ご不明な点等ございましたら下記へご連絡ください。

重工記念長崎病院 地域連携室

TEL 095-801-5517(直通) / 095-801-5800(代表)

予約取得後、ご紹介元医療機関へ予約票をFAXにて送信いたします。患者さんへお渡してください。