

紹介元

医療機関名

令和 年 月 日

所在地

TEL

FAX

科 医師名

印

科 先生  
受診希望日 月 日 ( ) 時頃

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL	( ) —	
紹介目的	紹介後の方針に関する希望→			
主訴及び 傷病名				
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			

## 診療予約申込書

独立行政法人 国立病院機構 長崎川棚医療センター 医療相談支援センター

FAX : 0120-82-2970

予約専用

予約受付時間 : 平日 8:30~17:00

(17:00以降は翌日、土曜日・日曜日・祝日等の受付分は休み明けの取り扱いになります)

\* 緊急を要する患者、直入院が予測される重症患者等の紹介は、

- ① 平日(8:30~17:15)は当日紹介直通電話 (0956-82-6430)
- ② 時間外・休日・祝日は病院代表電話 (0956-82-3121)