

診療予約申込書

簡易版

日本赤十字社長崎原爆病院 行
〒852-8511

年 月 日

長崎市茂里町3-15 TEL 095-847-1511(代)
地域医療連携課 TEL 0120-845-261(直通)
(病診連携室) FAX 0120-845-262
緊急受診・入院のご連絡は095-847-1511(代)

医療機関名

TEL
FAX

までお願いします。

医師名

フリガナ				M T S H R			
患者氏名		男・女	生年月日		年	月	日

◎ 受診希望される科の下部欄に○印をご記入ください。
内分泌・代謝内科の受診をご希望の場合は一方を○印で囲んでください。

診療科	内科							外科		
	神経内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	リウマチ科	内分泌・代謝内科	血液内科	呼吸器外科	消化器外科	乳腺外科
○						糖尿病 その他				

診療科	整形外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線治療科	専門外来		
								頭痛外来 毎週火 午後	第1 / 3 / 5週水 午前 心臓血管外科外来	腎臓内科外来 毎週月
○										

◎ 該当する項目に○印をご記入ください。

紹介状を添付してFAXします。	
紹介状は作成次第FAXします。	
画像CD-R あり	
画像CD-R なし	

◎ 該当する項目にご記入ください。

受診希望医師	医師 ・ 無		
受診希望日	第1希望	月	日
	第2希望	月	日
	希望日無し		

※ 放射線検査の申し込みは、従来の書式をご利用ください。

(MRI・CT・RI・骨密度検査申込書、PET-CT検査申込書 兼 診療情報提供書)