

医科 外来

初診予約申込書

九州大学病院 予約センター 行  
FAX : 092-642-5509

紹介元医療機関  
医療機関名 :  
住 所 :  
診療科名 :  
医 師 名 :  
電 話 番 号 : - -  
F A X 番 号 : - -

受付時間  
平日 (土日祝日、12月29日~1月3日を除く)  
9:00~17:00 (FAXは24時間受付)  
(17:00以降のFAX受診は翌営業日受付になります。)

[予約申込担当者が別にいる場合] 担 当 者 名 :

※ 予約センターでの予約受付は、翌々日営業日以降の予約を受け付けます。  
※ 緊急を要する患者さん (当日又は翌日受診希望) の場合は、診療科外来に直接ご相談下さい。

【患者記入欄】

現在の状況	紹介元医療機関において <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	九州大学病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ID (診察券の番号) が分かる場合 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
フリガナ			性 別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏 名	(旧姓)		生年月日 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 ( ) 歳
住 所	〒 -		
電話番号	自宅 - - 携帯 - -	勤務先 その他	- - - -
受診希望日	第1: 平成 年 月 日 ( ) 第2: 平成 年 月 日 ( ) 第3: 平成 年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 希望日はないが早めの受診を希望 <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ( )	

【紹介元医療機関記入欄】

受診を希望する診療科等に○を付けて下さい。(※診療科名が不明な場合は、ホームページをご参照下さい。)

診療科	内科系		外科系	
		血液・腫瘍・心血管内科	産科婦人科	皮膚科
	免疫・膠原病・感染症内科	消化管外科(1)	泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科	
	消化管内科	消化管外科(2)	眼科	
	腎・高血圧・脳血管内科	肝臓・脾臓・門脈・肝臓移植外科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	
	内分泌代謝・糖尿病内科	胆道・膵臓・膵臓移植・腎臓移植外科	ペインクリニック (麻酔科蘇生科)	
	肝臓・膵臓・胆道内科	呼吸器外科(1)	形成外科	
	心療内科	呼吸器外科(2)	その他	
	神経内科	乳腺外科(1)	※専門外来等を希望される場合は、こちらにご記入下さい。	
	循環器内科	乳腺外科(2)		
	呼吸器科	内分泌外科		
	小児科	血管外科		
	精神科神経科	整形外科		
	放射線科	脳神経外科		
	総合診療科	心臓血管外科		
	先端分子・細胞治療科	小児外科、成育外科、小腸移植外科		
医師指定 ※指定がある場合のみ記入	※ご希望に添えない場合があります。 先生		本院の 担当医師への 事前連絡状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 先生に連絡済
連絡事項等				

※ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。  
※ 予約日時が確定次第、「予約報告票」及び「受診予約票」をFAXでお送りします。  
※ 「診療情報提供書」の原本は、「受診予約票」とともに患者さんへお渡しし、当院受診当日にお持ちいただくようお願い致します。

【九州大学病院記入欄】 以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診診療科名 \_\_\_\_\_ 担当医又は専門分野等 \_\_\_\_\_

受診決定日時 平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分