

鹿児島厚生連病院 外来予約申込書

鹿児島厚生連病院 地域医療連携室 行	FAX 099-252-2280
-----------------------	------------------

令和 年 月 日

※診療情報提供書を添付される場合は太枠のみご記入ください。

受診診療科		希望医師		(氏名)	
受診希望日	① 令和 年 月 日	曜日			
受診希望日	② 令和 年 月 日	曜日			

紹介目的	
------	--

■患者情報

ふりがな		性別		生 年 月 日		年 齢	
氏名				年 月 日		才	
住所	(〒 -)	電話					
		携帯					

■紹介元医療機関

名称		電話	
住所		FAX	
医師名		診療科	
担当者	所属	電話	

(参考)外来予定表

○ 午前午後、△ 午前のみ、□ 午後のみ

※急患はこの限りではありません

	月	火	水	木	金	土
内科(肝臓内科)	○	○	○	△	○	△
糖尿病内科	○	△	△	△	△	△
腎臓内科		○	□			△
消化器内科	△	△	△	△	△	△
循環器内科	○	○	○	○	○	△
呼吸器内科	○	○	△	○	○	△
外科	○	○	○	○	○	
呼吸器外科	△		○		△	
眼科	○	○	△	○	△	△
耳鼻咽喉科	○		△	○		
睡眠外来		○		○		△

その他の専門外来につきましてはお問い合わせください。(地域医療連携室) 099-252-9878

(この用紙をコピーしてお使いください R5/8)