

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		男	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	○	△	○	△	△	△
消化器内科	○	△	△	○	△	△
循環器内科	△	△	△	△	△	△
呼吸器内科	○	○	△	○	○	△
外科	○	○	○	○	○	
呼吸器外科	△	△	○		△	
眼科	○	○	○	○	△	△
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 R8/5)