**宮崎市郡医師会病院　　　　FAX（0985）77-9125　〔地域医療連携室　予約担当宛〕**

**外来初診予約申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹　介　元　医　療　機　関 | | |
| 貴病医院名 | | 診療科 |
| 住所 | | 貴医師名 |
| 電話（　　　　）　　　　- | FAX（　　　　）　　　　- | ご担当者名 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　者　様　情　報 | | | | | |
| フリガナ |  | | 性別 | 男　　・　　女 | |
| ご氏名 |  | | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 電話番号（自宅） | | -　　　　　　- | 電話番号（携帯） | | -　　　　　　- |
| 住所 | 〒　　　- | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号  記号番号  被保険者名（世帯主）　　　　　　　　　　　　　　　□本人　　□家族　　　　　　　　　負担割合　　　　割 | | | | |
| 当院の診察券　　有　・　無 | | | | | |

※保険情報は保険証をFAXしていただいても結構です。

|  |
| --- |
| ご 紹 介 希 望 診 療 科　　　□にチェックをお願いいたします。 |
| □ 循環器内科　⇒　　□一　般　〔月～金曜日〕　　　　　 　□ 不整脈　〔火曜日〕  □ 末梢血管 〔月・木曜日〕　　　　　□ 弁膜症　〔木曜日〕  □ 心臓血管外科 〔水曜日〕  □ 外科 〔月～金曜日〕  □ 内科 〔月～金曜日〕  □ 女性スポーツ外来（婦人科外来） 〔月～金曜日，土曜日午前〕 |
| 受診希望日　　□ 無　　□　有　〔第一希望日：　　　月　　　　日　/　第二希望日：　　　月　　　　日〕  希望医師名　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕※医師名につきましては『診療科別紹介外来一覧』をご参照ください。 |

〔ご注意〕

●受診当日のご予約、整形外科･産婦人科（女性スポーツ外来を除く）･救急科へのご予約はお受けしておりません。

●放射線科（CT･MRI）のご予約は別途申込書があります。当院ホームページよりダウンロードしてご利用ください。

〔お願い〕

○緊急のご紹介は直接お電話いただきますようお願いいたします。

○事前にカルテ作成の準備をさせていただきますので、お手数ですが患者様情報は正確にご記入ください。

○患者様の情報として**診療情報提供書の添付**をお願いいたします。

お問い合わせ：宮崎市郡医師会病院　地域医療連携室　（0985）77-9105