

診 療 予 約 申 込 書

年 月 日

紹介先医療機関名

独立行政法人 長崎医療センター
国立病院機構

医療機関名

所在地

TEL・FAX

科 先生

・受診希望日： 月 日 () 時頃

・長崎医療センター受診歴 (有 ・ 無)

科 先生

フリガナ		旧姓(※)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名	※二重登録防止のため、近年結婚等で改姓された方は旧姓をご記入下さい。				
住 所	〒			TEL	()
ご紹介目的・傷病名等 (診療情報提供書は、当日必ずご持参させてください)					

【当日の緊急紹介や転院依頼につきましては、病院代表 (0957-52-3121) にお電話をお願いします】
お願い

- ①ご紹介いただく患者さんのスムーズな受診のために、差し支えなければ、ご紹介目的・傷病名等の記載をお願いいたします。
- ②血液内科・腎臓内科・呼吸器外科につきましては、事前に診療情報提供書を連携室へお届けいただくようお願いいたします。他の診療科におきましても、担当医の希望により、事前に診療情報提供書を連携室へお届けいただくようお願いすることがございます。
- ③病状によっては、医師の判断により、診療科あるいは担当医を変更させていただくことがございます。
- ④お薬手帳 (または現在飲んでおられるお薬) を持参いただくようお声掛けをお願いいたします。

診療予約連絡先

独立行政法人
国立病院機構

長崎医療センター

TEL : 0120-731-062

地域医療連携室

FAX : 0120-731-063

予約受付時間 平日 (月～金) 8:30～16:30

(16:30以降については翌日、土曜日・日曜日・祝祭日等の受付分は休み明けの取扱いとなります。)