

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

第1希望 月 日 () 時頃

第2希望 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	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 固定電話 () 携帯電話 ()	
ご紹介目的・傷病名等 (日本語での記入をお願いします。)					

【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、ご紹介目的・傷病名等の記載をお願いいたします。
- ②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。
- 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。
- ⑤翌日受診希望の場合は前日 (月～金曜日) の15:00までをお願いします。

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: 0957-46-9004

地域医療連携室

FAX: 0120-731-063
が け け り の 材 料 サ

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。)