

申込日 (FAX送信日) : 令和 年 月 日

医科 外来

初診予約申込書

九州大学病院 予約センター 行
FAX : 092-642-5509

紹介元医療機関
医療機関名 :
住 所 :
診療科名 :
医 師 名 :
電 話 番 号 :
F A X 番 号 :

受付時間
平日 (土日祝日、12月29日~1月3日を除く)
9:00~17:00 (FAXは24時間受付)
(17:00以降のFAX受診は翌営業日受付になります。)

[予約申込担当者が別にいる場合] 担 当 者 名 :

※ 予約センターでの予約受付は、翌々日営業日以降の予約を受け付けます。
※ 緊急を要する患者さん (当日又は翌日受診希望) の場合は、診療科外来に直接ご相談下さい。

【患者記入欄】

現在の状況	紹介元医療機関において <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	九州大学病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ID (診察券の番号) が分かる場合 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
フリガナ			性 別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏 名	(旧姓)		生年月日 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日生 () 歳
住 所	〒 — — — — —		
電話番号	自宅 — — — — — 携帯 — — — — —	勤務先 — — — — — その他 — — — — —	
受診希望日	第1: 令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 希望日はないが早めの受診を希望 第2: 令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 第3: 令和 年 月 日 () ()		

【紹介元医療機関記入欄】

受診を希望する診療科等に○を付けて下さい。(※診療科名が不明な場合は、ホームページをご参照下さい。)

		内科系	外科系	
診 療 科	血液・腫瘍・心血管内科 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管	小児科	心臓血管外科	
	免疫・膠原病・感染症内科 <input type="checkbox"/> 免疫・膠原病 <input type="checkbox"/> 感染症	精神科神経科	小児外科、成育外科、小腸移植外科	
	消化管内科	放射線科	皮膚科	
	腎・高血圧・脳血管内科 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管	総合診療科	泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科	
	内分泌代謝・糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 内分泌代謝 <input type="checkbox"/> 糖尿病	先端分子・細胞治療科	眼科	
	肝臓・脾臓・胆道内科 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脾臓・胆道	産科婦人科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	
	心療内科	消化管外科	ペインクリニック (麻酔科蘇生科)	
	脳神経内科	肝臓・脾臓・門脈・肝臓移植外科	形成外科	
	循環器内科	胆道・脾臓・脾臓移植・腎臓移植外科	その他	
	呼吸器科	呼吸器外科	※専門外来等を希望される場合は、こちらにご記入下さい。	
		乳腺外科		
		内分泌外科		
		血管外科		
整形外科	脳神経外科			
医師指定 ※指定がある場合のみ記入	※ご希望に添えない場合があります。		本院の 担当医師への 事前連絡状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 先生に連絡済
連絡事項等				

※ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。
※ 予約日時が確定次第、「予約報告票」及び「受診予約票」をFAXでお送りします。
※ 「診療情報提供書」の原本は、「受診予約票」とともに患者さんへお渡しし、当院受診当日にお持ちいただくようお願い下さい。

【九州大学病院記入欄】 以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診診療科名 _____ 担当医又は専門分野等 _____

受診決定日時 _____ 年 月 日 () _____ 時 分 ~ _____ 時 分