

診療予約申込書

年 月 日

紹介先医療機関名
長崎県島原病院

医療機関

所在地

科 先生

TEL

FAX

・受診希望日 月 日 () 曜日

科 医師名

フリガナ		生 年 月 日	男・女
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
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)			

長崎県島原病院 TEL : 0957-63-1145
地域医療連携室 FAX : 0957-63-6544

- ①患者のスムーズな受診のために、ご紹介目的・傷病名(疑い病名含む)等の記載をお願いいたします。
- ②入院については、診察のうえで判断させていただきます。緊急入院を要する患者、及び受診後、直入院が予測される患者(重症例等)については、地域医療連携室を介さず当該診療科に直接ご連絡ください。(代表：0957-63-1145)

【お願い】

- ①診療予約の受付は8時45分から17時までです。申し込み当日の予約はできません。
また、翌日診療希望の場合は、前日(祝日を除く月～金)の15時までをお願いいたします。
- ②希望された医師が不在の際は、他の専門医が診察させていただく場合がございます。