

鹿児島市立病院 初診紹介患者予約申込書

初診予約センター宛 FAX (099) 230-7105

24時間365日受信可能

受付時間（平日9：00～17：00）外の場合は翌診療日以降に折り返しいたします。

医療機関様情報

お申込日 年 月 日

医療機関名			
貴院診療科名			
お電話番号	(— —)	FAX 番号	(— —)
医師お名前	ご担当者		

ご紹介患者様情報

お名前	フリガナ	生年 月日	年 月 日 (歳)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 様		
	※お分かりでしたらご記入お願いします。 (旧姓)		当院受診歴 (有 ・ 無)
ご住所			
	お電話番号 (— —) 日中連絡の取れる番号をご記入ください。		

ご希望内容

当院希望診療科		診断名	
当院希望医師	<input type="checkbox"/> 希望医師なし		
第一希望	年 月 日 (曜日)		
第二希望	年 月 日 (曜日)		
上記希望日に添えない場合、下記条件を参考に予約候補日を提示しますので、ご記入ください。 特にない場合は直近の日を提示します。			
希望曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
予約不可日	<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし
CD-ROM 持参	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
備考	(事前に伝達したい事項等があればご記入ください。)		