**診察予約申込書**

長崎県五島中央病院　行　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

〒853-0031　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

長崎県五島市吉久木町２０５番地　　　　　　　　　　 TEL ：

TEL ：0959-72-3181 FAX ：

FAX ：0959-75-0657 医師名

＊緊急受診・入院希望のご連絡は担当診療医へ

直接連絡してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | フリガナ | 男・女 | 生年月日 | M　T　S　H　R  　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　歳 |

※受診希望される科の下部欄に〇印をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | | 木 | 金 |
| **診療科** | **循環器内科** | **呼吸器内科** | **血液内科** | **腎臓内科** | **消化器内科** | **消化器内科** |
|  |  |  |  |  |  |

◎該当する項目に☑をご記入ください。

□　紹介状を添付してFAXします

□　検査データあり

□　画像CDあり

◎該当する項目にご記入ください。

|  |
| --- |
| 受診希望日  第１希望　　　　月　　　日  第２希望　　　　月　　　日  希望なし |

◎緊急時は、直接担当診療科の医師へ電話連絡の上、ご相談ください。

◎患者様が予約なしで受診されないよう医療機関からの事前予約にご協力をお願いいたします。