

鹿児島大学病院 初診紹介患者予約申込書【医科】
医務課 初診予約担当 宛 FAX (099)275-6698

受付時間(平日 月～金 9:00～17:00(土日祝日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です。)
受付時間外(平日17時以降・土曜・日曜・祝日含む)のお申し込みについては、原則として翌診療日の対応となります。

- ※FAX受診後に申込みご担当者へ20分以内を目途に「予約報告書」をFAXいたします。
- ※混雑する時間帯によっては返信に時間を要することがありますが、お電話での確認はご遠慮願います。
- ※検査、入院のみの予約は受け付けておりません。(診察後の対応となります)
- ※セカンドオピニオン外来のお申し込みは、(099)275-5984にご連絡ください。
- ※救急患者、翌日の初診予約、再診予約については当申込書を使用せず、該当診療科へお問い合わせください。
- ※当日の待ち時間短縮のため、可能であれば保険情報のFAX送付をお願いします。

※診療情報提供書は、予約日の2営業日前までにFAX送付をお願いします。

【紹介元データ】

医療機関名:	
診療科名:	
電話番号:	FAX番号:
医師氏名:	(申込担当者氏名:)

希望医師	<input type="checkbox"/> 有 () 医師 <input type="checkbox"/> 無 ※状況により、ご希望に沿えない場合があります。	医師同士相談	<input type="checkbox"/> 有 () 医師 <input type="checkbox"/> 無
傷病名 主訴・症状		受診目的	<input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 手術
		緊急性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【患者さんデータ】 ※氏名・生年月日の記載間違えないようお願いします。

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	旧姓() ※お分かりでしたらご記入をお願いします。	携帯電話 ※必ず連絡がつく番号をご記入ください。
住所	〒 -	同伴者家族 (神経科精神科外来のみ)	続柄() 氏名() 電話()
交通事故	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	労災事故	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		現在の入院状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
鹿児島大学病院受診歴(歯科含む)	<input type="checkbox"/> 有 (ID:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

受診診療科		受診希望日 (2営業日後以降)	① 月 日 <input type="checkbox"/> 希望日なし
コード			② 月 日
患者さん 予約回答 待ち状況	<input type="checkbox"/> 患者待機中 <input type="checkbox"/> 既に帰宅	備考	

■予約希望日について
※上記の希望日以外に予約希望日、ご都合の悪い日や曜日があれば備考欄にご記入をお願いします。
※診療科によっては大変混み合っているため、受診日のご希望に添えない場合は、ご都合の悪い日を除いた最短の日程で予約をお取りしますことをご了承ください。

■予約の変更・キャンセルについて
※予約日は、検査と合わせて調整している場合がありますので、変更・キャンセルは可能な限りお控えください。
どうしてもやむを得ない場合のみ、下記予約担当へお知らせください。

初診予約担当連絡先 TEL(099)275-5168(電話対応は平日 9:00～17:00 のみ)