

鹿児島大学病院 初診紹介患者予約申込書【医科】  
鹿児島県基幹型認知症疾患医療センター宛 FAX:099-275-5782

受付時間(平日 月～金 8:30～17:15(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17:15以降・土曜・日曜・祝日含む)のお申し込みについては、原則、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「予約報告書」をFAXいたします。

※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:	
FAX 番号:	電話番号:
医師氏名:	(申込担当者氏名: )

傷病名 主訴・症状	受診目的	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> その他( )
	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	携帯電話	※必ず連絡がつく番号をご記入ください。
旧姓( )	※お分かりでしたら ご記入をお願いします。	同伴者家族	続柄( ) 氏名( ) 電話( )
住所	〒 -	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		

受診希望日	① 月 日 <input type="checkbox"/> 希望日なし 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

※診療日は月・水・木・金の9時となっております。

※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。

※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。

やむを得ない場合は、下記へご連絡ください。

認知症疾患医療センター担当連絡先 TEL:099-811-7388(電話受付時間は平日8:30～17:15)