

To Regional Medical Cooperation Center  
 Sasebo City General Hospital  
**FAX +81-956-24-0474**

## Appointment Application Form for Referred Patient

### 紹介患者受診予約申込書

YYYY/MM/DD / /

<b>Referring Hospital/Clinic Name</b> 紹介元医療機関名			
<b>Applicant</b> 担当者	Department 所属:	Name:	
<b>TEL &amp; FAX number</b> 連絡先	TEL:	FAX:	

### 【Patient Information】

<b>フリガナ</b>		<b>患者ID</b>	(Do not write here)
<b>Patient Name</b> 患者名	(Male / Female)	<b>Nationality</b> 国籍	
<b>Date of Birth</b> 生年月日	( YYYY/MM/DD )	/	/
<b>Current Address</b> 住所			
<b>Telephone No.</b> 電話番号			
<b>Consultation History</b> 受診歴	Has the patient ever visited us in the past? YES / NO 過去に当院を受診したことがありますか？		

Please circle the applicable department.

<b>Department</b>	Diabetes Endocrinology 糖尿病内分泌内科	Rheumatology リウマチ膠原病内科	Gastroenterology 消化器内科	Respiratory Medicine 呼吸器内科	Cardiology 循環器内科	Nephrology 腎臓内科	Hematology 血液内科	Neurology 神経内科
	Urology 泌尿器科	Obstetrics/ Gynecology 産婦人科	Ophthalmology 眼科	Otrhino Laryngology 耳鼻いんこう科	Pediatrics 小児科	Surgery 外科	Chest Surgery 呼吸器外科	Gastroenterological Surgery 消化器外科
	Breast Surgery 乳腺外科	Orthopedics 整形外科	Plastic surgery 形成外科	Neurosurgery 脳神経外科	Cardiovascular Surgery 心臓血管外科	Anesthesia 麻酔科	Dematology 皮膚科	Dentistry 歯科
Name of required Doctor 希望医師名								
Required Date of Consultation 希望受診日								
Purpose of Consultation 受診目的								
Required Exams 必要検査								
Other その他								