

佐世保市総合医療センター
地域連携センター 行
FAX 0956-24-0474

予約受付時間

月～金曜日 8:30～17:00

紹介患者受診予約申込

令和 年 月 日

紹介元医療機関名			
担当者	所属:	氏名:	
連絡先	電話番号: — —	FAX番号:	— —

【予約患者情報】

	フリガナ	患者ID	(記入不要)
	患者氏名	(男・女)	旧姓
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	
	住所	〒 —	
	電話番号		
	当院の受診歴	有	無

ご希望の科に○印をお願いします。(予約日については外来診療担当表をご確認下さい。)

診療科	糖尿病・内分泌内科	リウマチ・膠原病内科	消化器内科	呼吸器内科	循環器内科	腎臓内科	血液内科	脳神経内科
	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	小児科	外科	呼吸器外科	消化器外科
	乳腺外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	心臓血管外科	麻酔科	皮膚科	歯科
希望医師名								
希望受診日								
受診目的								
必要検査								
その他								

ご紹介の場合はまずお電話にて予約可否の確認をお願いします。
予約確認後、この申込書にてFAXをお願いします。

※検査によっては受診後に改めて検査予約をお取りする場合があります。
※コンピューター断層撮影装置(CT)、磁気共鳴画像装置(MRI)については、
放射線科紹介患者検査予約申込書 FAX をご利用下さい。

〒857-8511
佐世保市平瀬町9番地3
佐世保市総合医療センター 地域連携センター
TEL: 0956-24-1515 (内線 6148)
FAX: 0956-24-0474