

九州大学病院 初診 紹介患者予約申込書

紹介元 医療機関	九州大学 病院	FAX番号	092-642-5509
		電話番号	092-642-5508

(* FAX送信後、着信確認のお電話をお願いします)

受付:(月～金曜日) 午前9時00分～午後4時00分
(祝日・12月29日～1月3日の間は除く)

翌日受診希望の場合は午後2時までに送付願います。

※ 急を要する場合は本予約システムではなく、直接診療科にご連絡ください。

受診希望日 ① 平成 年 月 日() ② 平成 年 月 日()

受診希望診療科 _____

受診希望医師名 _____ ・ 無

九州大学病院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

【患者情報】

紹介元病院に	入院中 ・ 通院中	※二重登録防止のため、結婚等で改姓された方は旧姓も記載ください。		
フリガナ	氏名		旧姓()	性別
				男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日 (歳)
住 所	〒	電話()		-
その他連絡先	勤務先電話 または 携帯電話()			

【傷病名・紹介目的等】

緊急性	有 ・ 無	(傷病名・目的等)

【紹介元医療機関情報】

医療機関名				
所在地				
電話・FAX	電話		FAX	
診療科名			主治医名	

【保険情報】

交通事故	はい ・ いいえ	労災事故	はい ・ いいえ	
保険者番号				
記号・番号	記号		番号	
資格取得日	年 月 日			
被保険者氏名			被保険者との続柄	本人 ・ 家族
諸 法	公費負担者番号		受給者番号	

※ 保険証及び医療証の写しの添付をお願いします。

【注意事項】

- ※ FAXを受信後、予約が取れ次第、電話でお知らせし、「予約票」を患者さん宅へ郵送します。なお、受診日まで期間がない場合はFAXで送信しますので、患者さんにお知らせ願います。
- ※ 患者情報・保険情報は正確な記載をお願いします。
- ※ ストレッチャーでの移動が必要な患者さんの場合、受診の前日までにお知らせ下さい。

【予約決定記入欄】

受診日 平成 年 月 日() 時

受診診療科 _____ 担当医 _____ 又は当日決定