

県立宮崎病院 患者支援センター 予約票

FAX予約 0985-38-4166

診療予約申込書 (ファックス用)

令和 年 月 日

受診希望診療科	科	医師指定 ※指定がある場合のみ 記入	
受診希望日	第1		令和 年 月 日 ()
	第2		令和 年 月 日 ()
	第3		令和 年 月 日 ()
	都合の悪い日()		

○患者さんの状況について

貴院には入院中ですか？

はい いいえ

○その他希望があればご記入ください。

()

紹介元医療機関名	
所在地	
T E L	
F A X	
診療科	担当 医師
予約担当者：	

ふりがな		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名		(旧姓)
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
住 所		TEL.
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	

診療情報提供書を必ず添付してください。

FAX予約受付時間 平日 8:30~16:15

※16:15以降及び土・日・祝日にお受けしたFAXについては、原則として翌診療日以降のお返事となります。

※当日の予約は受け付けて降りません。翌診療日以降の予約となります。

※緊急性の高い患者さんについては、外来窓口（もしくは担当医）へ直接、御連絡ください。

[相談方法]

電話（代表）0985-24-4181

※電話交換へ、希望する診療科外来窓口（もしくは担当医）につなぐようお願いください。

※上記時間内であればFAX受付後、予約通知書をFAXで返信しますので、患者さんにご連絡頂きますようお願いいたします。

※診療情報提供書の原本は、患者さんへお渡しし、受診当日にご持参頂きますようお願いください。

【お問い合わせ先】 県立宮崎病院 患者支援センター

〒880-8510 宮崎市北高松町5-30

TEL：0985-38-4158(予約センター直通)