

鹿児島県立大島病院 紹介予約申込書

※ご紹介の患者様は事前予約をお願いします。

※診療情報提供書と紹介予約申込書(本紙) を一緒に送ってください

FAX 0997-53-2945

連携室直通

TEL 0997-52-3626 (祝祭日を除く 月～金 8:30～17:00)

送信日 年 月 日

ID ※当院記入欄	予約日 ※当院記入欄
-----------	------------

※当日受診を希望される場合は、
緊急 直接担当医師までご連絡ください。
代表TEL 0997-52-3611

準緊急 (翌日～5日以内)
通常

【医師への連絡】 ☐未 ☐済 科 医師

【診療科一覧】 希望される科に☑をお願いします

診療科	内科・総合診療科	消化器内科	循環器内科	精神科	脳神経内科	小児科	外科	呼吸器外科	産婦人科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	放射線科	麻酔科	専門外来	救急科
要予約			○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
初診日	月 金	月 金	月 金	月	火 木	月 金	水 休診	水	火 水 木	月 水 金	火 金	月 金	月 水 木	月	木	月 木			※1	

※1 専門外来の日程につきましては当院ホームページをご確認ください

【希望日】※上記初診日をご参照ください (ご希望に添えない場合もございます)

<input type="checkbox"/> 希望なし

【患者情報】

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	(旧姓)	生年 月日	T S 年 月 日 (歳) H R
住所	〒		
連絡先	ご本人 ご家族 その他() TEL		
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ご自宅	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難 (認知症 難聴)

【保険情報】

保険証コピーまたは保険情報を添付してください

【内視鏡検査／MRI検査を受けられる方】

○内視鏡検査 現在服用されているお薬はありますか ☐無し ☐有り
有りの方→処方されている医療機関を全てご記入ください ()

○MRI検査 MRI検査を希望される方は、事前にMRIチェックリストをお送りください

【画像データ事前提供のお願い】

画像データは予約日に余裕がある場合は、事前に持ち込み頂くかご郵送をお願いいたします

●救急科宛の診療情報提供書のFAXは、 救命救急センター受付直通 FAX：0997-57-6661

※事前にご連絡をお願いします。代表TEL0997-52-3611 8:00～17:00は救急当番医 17：00～翌日8:00 当直医