

# 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

送信日 年 月 日

ID ※当院記入欄

予約日 ※当院記入欄

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)

※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**

紹介元医療機関

名称	
診療科／医師名	
TEL／FAX	
担当者	

【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 木	月 木	月 金	水 休診	水	火 水 木	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)

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 H R	年 月 日 (歳)
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

2025/05/28改