

受診予約申込書

FAX : 098-886-5502 / TEL : 098-884-5134
※小児科当日受診は (TEL) 884-5111へ

ご紹介元 医療機関名		申込者	令和 年 月 日	
TEL		FAX	— —	

受診を希望する診療科等に○を付けて下さい。

診療科	☐	消化器内科	☐	皮膚科	☐	小児科※
	☐	循環器内科	☐	耳鼻咽喉科	☐	産婦人科
	☐	呼吸器内科	☐	泌尿器科	☐	眼科・眼形成眼窩外科
	☐	脳神経内科	☐	外科	☐	形成外科
	☐	腎臓・リウマチ内科	☐	整形外科	☐	歯科口腔外科
	☐	血液内科	☐	脳神経外科	☐	放射線科
	☐	総合内科	☐	心臓血管外科	☐	

診察 希望医師	有 (医師) ・ 無
------------	--------------

該当する□にチェックを入れて下さい。

☐ 当日診察が必要 ☐ 1週間以内の受診が必要 ☐ 通常予約：初診予約申込

《通常初診予約に関するお願い》

3～4日以内に《予約票》FAXにてご連絡いたします。**FAXの到着確認の電話連絡は不要です。**

※進捗の確認が必要な際にはご連絡ください。

緊急性の高い当日受診の連絡のための電話回線確保にご協力をよろしくお願いいたします。

那覇市立病院 受診歴	有 ID (診察券の番号) が分かる場合 ()				
フリガナ			性 別	男性 ・ 女性	
氏 名	(旧姓)		生年月日	T S H R 年 月 日 () 歳	
住 所	〒 — ☐ 診療情報提供書参照 ※診療情報提供書に記載ある場合は住所記入は不要です				
連絡先	携帯	— — ()		自宅	
受診希望日	第1： R 年 月 日 () ☐ 希望日なし 第2： R 年 月 日 ()				
備考	《調整相手》 ☐ 病院間での調整希望 ☐ 本人 (ご家族) と直接調整希望 《その他伝達事項：自由記載》				