

# 外来受診予約依頼書(Fax用)

発信日 年 月 日

送信先 医)晴緑会 宮崎医療センター病院 外来担当者 行 Fax番号 0985-26-2174

紹介元医療福祉機関の名称

電話

Fax

担当者

(座版でも構いません)

お手数ではございますが連絡先、太枠内  
をご記入の上、ご送信下さい。  
予約票の確認ができ次第、折り返しご連絡  
致します。

※ フリガナ

患者様氏名

性別 男 女 年齢 歳

連絡先(電話番号・携帯電話等)

主病名

宮崎医療センター病院受診歴 有 ・ 無

ご希望の項目をチェックしてください。

診察のみ

CT [肝ダイナミック ・ 造影( ) ・ その他( )]

エコー[腹部 ・ 造影エコー ・ その他( )]

内視鏡[上部 ・ 下部 ・ 小腸 ・ その他( )]

その他[ ]

備考

※個人情報により困難な場合はイニシャルにてご記入ください。

予約に関するお問い合わせ

平日の午前8時30分から午後4時50分までお受け致しております。

医)晴緑会 宮崎医療センター病院 外来看護師長 緒方 美智代

(代)電話 0985-26-2800