

# 診 療 予 約 申 込 書

医療法人 伴帥会 愛野記念病院  
地域医療連携室

〒854-0301 雲仙市愛野町甲3838-1

TEL (0957) 36-3950

FAX (0957) 36-7072

紹介元医療機関  
住所

名称

医師名

電話番号

FAX番号

印

フリガナ		受診歴	生年月日	男・女
患者氏名	(旧姓 )	有・無	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒		TEL	( )

<b>希望診療科</b>	1) 整形外科 2) 外科 3) 脳神経外科 4) 一般内科 5) 呼吸器内科 6) 循環器内科 7) 消化器内科 8) 糖尿病内科 9) リウマチ・膠原病内科 10) 心療内科 11) 神経内科 12) 泌尿器科 13) 耳鼻咽喉科 14) 皮膚科 15) 緩和ケア内科	希望医師 有・無  医師名
ご紹介目的 ※診療情報提供書を添付してFAXお願い致します。		
<input type="checkbox"/> 患者様と付き添いの方は、県外・県内流行地域(長崎市・佐世保市など)への外出や上記地域の方との接触はありません。 (お付き添いの方は1名のみでお願いします)		
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書は後ほどFAXします。		

・希望日 ① \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( ) ② \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( ) ・なし

・希望時間 ( )時頃 ・なし

**医療法人 伴帥会 愛野記念病院**      FAX:0957-36-7072 (直通)  
**地域医療連携室**      TEL:0957-36-3950 (直通)  
**予約受付時間 平日(月～金) 9時～16時30分**

※平日の16時30分以降については翌日、土曜・日曜・祝祭日等の受付分は休み明けの取り扱いとなります。

当日の受診に関しては、代表番号 0957-36-0015 へご予約をお願い致します。

---