

琉球大学病院

医療福祉支援センター（シエント）

(FAX) 098-895-1498

新規紹介患者 ・ 初診予約申込書（生殖不妊外来専用）

ご記入の上、診療情報提供書と併せて送信してください。

医療機関名	申込担当者名
診療科	TEL
担当医師名	FAX

本専門外来は、初診時にパートナーとお二人で受診していただくことから、1予約につき2名の予約取得を行います。従いまして予約申込書には2名様分の基本情報をご記入下さいますようお願い申し上げます。

受診希望日 ご希望に添えない場合は ご容赦下さい。	<input type="checkbox"/> 急ぎ（1週間以内）※医学的な指示に限る <input type="checkbox"/> 通常（空きのある最短日 or 受診希望日）※おおよそ1週間以降 外来診療日（月・水・金）に <u>パートナーと来院できる日</u> を記入して下さい。
	①いつでも可 ② 月 日（ ） ③ 月 日（ ） ④ 月 日（ ）

紹介患者基本データ 【ご本人】	
おきなわ津梁ネットワーク登録 有 ・ 無	
当院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診察券番号（ ） <input type="checkbox"/> 不明	
フリガナ	性別
患者氏名	(旧姓：) 男 ・ 女
生年月日	西暦・明・大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）
連絡先	TEL（ ） - ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください。
住所	<input type="checkbox"/> 保険証のとおり（住所表記がある保険証を添付して頂く場合は省略可能です） 〒

紹介患者基本データ 【パートナー】	
おきなわ津梁ネットワーク登録 有 ・ 無	
当院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診察券番号（ ） <input type="checkbox"/> 不明	
フリガナ	性別
患者氏名	(旧姓：) 男 ・ 女
生年月日	西暦・明・大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）
連絡先	TEL（ ） - ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください。
住所	<input type="checkbox"/> 保険証のとおり（住所表記がある保険証を添付して頂く場合は省略可能です） 〒

〈お問い合わせ先〉

TEL (098) 895-1371 医療福祉支援センター（シエント） 新患予約担当

電話対応時間 祝日を除く月～金 8:30～17:00

2020年12月1日 現在